



PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8156

Traitement intégré des patients à l'hôpital général

8 août 2007

RESUME ET MOTS-CLES

Dans le domaine de la santé, l'approche intégrée bio-psycho-sociale s'impose de plus en plus comme modèle de référence. Elle permet de répondre à des besoins réels chez les patients et elle améliore souvent le diagnostic, la prise en charge, le suivi et la qualité des soins. Elle est particulièrement adaptée pour la prise en charge des maladies chroniques dont le nombre est en augmentation ces dernières années.

Bien qu'existent des initiatives et un début d'implémentation de cette approche dans la pratique clinique quotidienne et dans l'organisation des soins, elles sont actuellement insuffisantes et de nombreuses difficultés sont rencontrées.

Il est proposé, à l'instar de recommandations antérieures, d'accentuer la promotion de cette approche, tant pour des raisons économiques, sociales, médicales qu'humaines. En particulier, l'organisation structurelle et multidisciplinaire de la prise en charge des besoins psychosociaux des patients en hôpital général doit être réfléchi et formalisée. Il y a lieu également d'optimiser l'intégration de cette conception de la santé dans la formation de base et continuée des différents professionnels de la santé, de promouvoir des recherches et la diffusion des connaissances dans ce domaine tant en ce qui concerne les professionnels que le grand public et de favoriser par des incitants la communication entre professionnels de santé des diverses disciplines concernées et des différents niveaux de soins.

Mots-clés: santé mentale, facteurs psychosociaux, co-morbidités, hôpital, maladies chroniques, modèle biopsychosocial.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	3
2. ELABORATION ET ARGUMENTATION	4
2.1. TRAITEMENT INTÉGRÉ DES PATIENTS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL	4
2.1.1. <i>Le modèle biopsychosocial</i>	4
2.1.2. <i>Les besoins psychosociaux du patient à l'hôpital général</i>	5
2.2. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS PSYCHOSOCIAUX A L'HOPITAL GENERAL	8
2.2.1. <i>Options organisationnelles existantes</i>	8
2.2.2. <i>Nécessité d'un financement adéquat des interventions psychosociales</i>	9
2.2.3. <i>Autres avis et recommandations</i>	9
2.2.4. <i>Adéquation des soins pour les malades chroniques</i>	10
2.2.5. <i>Formation</i>	10
2.2.6. <i>Propositions de modalités d'organisation</i>	10
2.2.7. <i>Autres propositions</i>	11
3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	12
4. REFERENCES	13
5. BIBLIOGRAPHIE	14
6. ANNEXES	17
7. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	53

1. INTRODUCTION

Les liens entre santé physique et santé mentale font de plus en plus l'objet d'investigations et sont de mieux en mieux connus. D'une part, il apparaît que certains troubles physiques peuvent être la conséquence de troubles mentaux. En effet, il arrive que des symptômes physiques masquent par exemple une dépression ou de l'anxiété. Il peut s'agir d'une perte de poids, de palpitations cardiaques, de maux de dos récurrents, de réactions allergiques, d'ulcères... Dans ce cas, se limiter à traiter les manifestations physiques dont se plaint le patient ne suffit pas à lui permettre de recouvrer une bonne santé à long terme.

D'autre part, à l'inverse, certaines maladies et en particulier les maladies chroniques¹, peuvent être associées à des troubles mentaux. Si le diagnostic de ces troubles mentaux n'est pas réalisé et qu'ils ne sont pas traités, une moins bonne compliance², de moins bons résultats thérapeutiques, une augmentation de la durée du séjour à l'hôpital, etc. peuvent être observés.

Il s'avère que la santé mentale intervient autant sur la santé physique qu'inversement. Santé mentale et santé physique font partie d'un même tout, il n'y a pas lieu de les cloisonner. C'est ce qui s'est avéré être le cas pour les maladies telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et le sida, où les facteurs psychosociaux jouent un rôle très important.

Cette réalité est désormais assez bien connue concernant l'association de troubles mentaux avec les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, le sida.

Cependant, cette évidence n'a pas toujours été reconnue. La « médecine moderne » s'est longtemps focalisée sur les aspects biomédicaux de la santé. Mais il apparaît aujourd'hui évident que l'expérience personnelle du patient, son vécu, celui du thérapeute, la manière dont sont organisés les soins, la conception de la maladie et du traitement dans une société, etc. influencent le traitement des pathologies. La conception intégrée biopsychosociale de la santé semble plus adéquate et plus proche de la réalité. La mise en œuvre de ces principes dans la pratique clinique quotidienne devrait donc également aboutir à une meilleure efficacité des soins.

L'intégration de ce modèle biopsychosocial dans la pratique au sein des hôpitaux généraux est lente. Il est donc apparu opportun d'insister via ce rapport sur l'importance des troubles psychosociaux associés à la pathologie somatique des patients en traitement à l'hôpital général et leur impact sur le traitement: accroissement ou non de la durée du séjour, efficacité du traitement médical...

Des recommandations pour la prise en charge des patients avec de telles co-morbidités sont proposées.

¹ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la maladie chronique est « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. »

² Adhérence au traitement.

2. ELABORATION ET ARGUMENTATION

2.1. Traitement intégré des patients à l'hôpital général

2.1.1. *Le modèle biopsychosocial*

Le modèle biopsychosocial fut élaboré par George Engel (Engel, 1977), qui l'a ensuite développé au niveau clinique grâce à la description du cas d'un patient souffrant d'arythmies cardiaques causées par le fait que ce dernier se sentait délaissé par son médecin traitant (Engel, 1980). Dans cette théorie, Engel formulait une alternative à une médecine très réductionniste et dont l'évolution technologique se faisait de plus en plus rapide. Presque trente ans plus tard, le modèle biopsychosocial est toujours fort d'actualité (Borrell-Carrio et al., 2004). Cependant, il en est de même pour les difficultés qui continuent de se présenter lors de sa mise en pratique (Astin et al., 2006).

Le modèle biopsychosocial est aussi théorique que pratique et clinique. En tant que théorie, il nous aide à comprendre la façon dont la souffrance, les maladies et les affections sont influencées par différents niveaux d'organisation, allant du niveau social au niveau moléculaire. Au niveau pratique et clinique, il nous aide à comprendre que l'expérience subjective du patient fournit une contribution fondamentale permettant d'aboutir à un diagnostic, un pronostic et des soins humains corrects.

Les conséquences pour la pratique clinique de tous les jours ne sont pas négligeables. Les liens entre santé mentale et santé physique sont compliqués – les expériences subjectives dépendent de lois physiologiques auxquelles elles ne peuvent toutefois pas être réduites. Bien que les modèles explicatifs circulaires pour les maladies soient théoriquement corrects, lors du choix d'un traitement, il importe de trouver le juste milieu entre ces modèles explicatifs circulaires sous-jacents et des liens plus linéaires. Alors qu'une participation plus active du patient à la relation avec le prestataire de soins est conforme aux tendances culturelles occidentales, il se peut que celle-ci ne soit pas acceptée universellement.

Borrell-Carrio et al. (2004) proposent les piliers suivants, sur lesquels doivent se baser les soins biopsychosociaux:

1. La nécessité pour un médecin de s'observer et de s'adapter de façon continue afin de s'accorder tel un instrument de musique aux besoins du patient individuel.
2. La construction active d'un climat de confiance.
3. L'utilisation d'un style émotionnel caractérisé par une curiosité empathique.
4. Une vigilance constante face au biais propre au prestataire de soins.
5. La nécessité d'enseigner aux prestataires de soins les aspects émotionnels aidant à poser le diagnostic et à construire une relation thérapeutique.
6. Le besoin de valoriser le côté intuitif du contact avec les patients.
7. Le fait que la communication d'informations cliniques factuelles doit promouvoir le dialogue avec le patient et ne peut se limiter à une mise en pratique « mécanique » de protocoles de traitement.

Il va sans dire qu'il n'est nullement simple d'appliquer ces piliers dans la médecine contemporaine, surtout dans les hôpitaux généraux, comme l'a confirmé une enquête récemment menée aux Etats-Unis auprès des médecins et spécialistes (Astin et al., 2006). Celle-ci visait à connaître l'importance accordée aux facteurs psychosociaux par les médecins (généralistes et spécialistes). La première chose qui en ressortait était qu'au total, seulement 27 % des personnes interrogées (nonobstant un stimulus financier) l'avaient complétée, ce qui peut sérieusement fausser les résultats (qui seront probablement considérés comme exagérément positifs). La plupart des personnes interrogées reconnaissent l'importance des facteurs psychosociaux, tandis qu'un tiers estime que prêter davantage d'attention à ces facteurs ne contribuerait pas ou très peu au traitement. Une minorité considérait la formation satisfaisante, tandis qu'une autre minorité désirait davantage de perfectionnement.

Les hommes accordent moins d'importance aux facteurs psychosociaux que les femmes. Il existe d'autres paramètres qui permettent d'expliquer le fait qu'une moindre importance soit accordée aux facteurs psychosociaux: parmi ceux-ci figurent une confiance limitée en ses propres possibilités, l'idée que les facteurs psychosociaux sont difficiles à influencer, un manque de connaissances factuelles sur les facteurs psychosociaux et une rémunération insuffisante pour permettre la prise en compte des facteurs psychosociaux lors des contacts avec les patients. Les auteurs suggèrent que davantage de formations sont nécessaires dans ce domaine. Ils signalent également que le manque de temps, et plus particulièrement le manque de temps à consacrer aux patients, entrave l'approche biopsychosociale du patient.

2.1.2. Les besoins psychosociaux du patient à l'hôpital général

L'énumération de toutes les maladies, tous les troubles, symptômes et syndromes pour lesquels les patients se rendent dans un hôpital général et auxquels peuvent contribuer les facteurs psychosociaux, sortirait du cadre de cet avis. Il est toutefois nécessaire de fournir un aperçu des connaissances et des preuves rassemblées au cours des dernières décennies afin d'étayer celui-ci. Le plus grand défi consiste à appliquer ces connaissances lors de l'administration quotidienne des soins dans les hôpitaux généraux et ce, en étroite collaboration avec les prestataires de soins de première ligne avant et après le traitement dans l'hôpital général.

A. Maladies aiguës versus maladies chroniques

Il va de soi que les maladies aiguës figurent toujours parmi les raisons principales pour lesquelles les patients se rendent dans un hôpital général. La présence d'un service d'urgences y est naturellement pour quelque chose. Les troubles physiques dont se plaignent les patients peuvent être entièrement ou partiellement liés à des situations stressantes et/ou des affections psychiatriques. C'est le cas des attaques de panique, qui se traduisent surtout par des symptômes somatiques (douleur rétrosternale, dyspnée, tachycardie, transpiration, ...) ou encore des crises cardiaques causées en partie par un niveau de stress élevé. Aussi, il ne fait aucun doute que de nombreux problèmes d'acceptation peuvent survenir une fois le diagnostic d'une affection médicale établi. Il existe de nombreuses preuves quant à l'influence des facteurs psychosociaux sur les affections physiques aiguës auxquelles ils peuvent prédestiner ou qu'ils peuvent engendrer et entretenir.

Il importe également de mentionner dans cet avis que ces dernières décennies ont connu une augmentation certaine du nombre d'affections chroniques et que les facteurs psychosociaux ont joué un rôle non négligeable dans cette évolution. Les patients souffrant de diabète, d'affections pulmonaires ou cardiaques chroniques (voir e.a. Fontaine, 1987) et surtout les patients oncologiques (voir e.a. Libert et al., 2006) sont suivis pendant des années. Vivre avec des affections chroniques engendre très souvent des problèmes psychosociaux qui requièrent une attention croissante. Sur ce point, il y a lieu de signaler que les soins prodigués à ces patients chroniques sont de plus en plus souvent dispensés en ambulatoire, ce qui bien entendu rend d'autant plus nécessaire la collaboration avec les prestataires de soins de première ligne au niveau des soins psychosociaux. En outre, il faut souligner l'importance des facteurs psychosociaux auprès des personnes âgées et des enfants en général.

B. De quels types de problèmes s'agit-il?

Comme mentionné plus haut, une énumération exhaustive de toutes les affections ainsi que tous les facteurs psychosociaux y afférents sortirait du cadre de cet avis. Cependant, une publication de l'Academy of Psychosomatic Medicine (Bronheim et al., 1998) aux Etats-Unis donne tout de même une indication quant aux raisons pour lesquelles un psychiatre de liaison, par exemple, peut être consulté dans un hôpital général. Nous reviendrons par la suite sur le fait qu'il est préférable qu'une équipe multidisciplinaire (psychiatre, psychologue, travailleur social, infirmier) prenne en charge ces problèmes. Pour l'instant, le tableau ci-dessous permet d'obtenir un aperçu de la variété des demandes d'avis.

Tableau 1: Problèmes susceptibles de donner lieu régulièrement à une demande d'avis de psychiatrie de liaison dans un hôpital général (Bronheim et al., 1998)³.

- | | |
|---|--|
| 1. Acute stress reactions | 23. Hypnosis |
| 2. Aggression or impulsivity | 24. Malingering |
| 3. Agitation | 25. Pain |
| 4. AIDS or HIV infection | 26. Pediatric psychiatric illness |
| 5. Alcohol and drug abuse (including withdrawal states) | 27. Personality disorders |
| 6. Anxiety or panic | 28. Posttraumatic stress disorder |
| 7. Assessment of psychiatric history | 29. Pregnancy-related care |
| 8. Burn sequelae | 30. Psychiatric care in the intensive care unit |
| 9. Change of mental status | 31. Psychiatric manifestations of medical and neurological illness |
| 10. Child abuse | 32. Psychological factors affecting medical illness |
| 11. Coping with illness | 33. Psychological and neuropsychological testing |
| 12. Death, dying, and bereavement | 34. Psycho-oncology |
| 13. Delirium | 35. Psychopharmacology of the medically ill |
| 14. Dementia | 36. Psychosis |
| 15. Depression | 37. Restraints |
| 16. Determination of capacity and other forensic issues | 38. Sexual abuse |
| 17. Eating disorders | 39. Sleep disorders |
| 18. Electroconvulsive therapy | 40. Somatoform disorders |
| 19. Ethical issues | 41. Suicide |
| 20. Factitious disorders | 42. Terminal illness |
| 21. Family problems | 43. Transplantation issues |
| 22. Geriatric abuse | |

C. Amélioration de la compliance

En ce qui concerne les affections aiguës et chroniques, une attention particulière doit être portée au concept de compliance (Fontaine et Salah, 1991). Une évaluation individuelle des facteurs psychosociaux impliqués dans les problèmes de compliance et de façon plus générale d'adhésion au traitement et un avis sur la façon dont peut être obtenue une amélioration de celle-ci peuvent aboutir à un meilleur pronostic pour les patients, ainsi qu'à une diminution du nombre de réadmissions ou de consultations répétées: en d'autres termes, ces facteurs peuvent s'avérer avantageux d'un point de vue économique.

³ Il est clair que le terme « avis de psychiatrie de liaison » doit être entendu dans un sens large comprenant, par exemple, les interventions psychosociales.

2.2. Organisation de la prise en charge des besoins psychosociaux à l'hôpital général

Comme on l'a vu dans le point précédent, il existe un consensus pour que, dans l'évaluation et la prise en charge de problèmes de santé de patients hospitalisés, à côté des approches classiques de type biomédical, soient également prises en compte les particularités psychologiques de la personne et les conditions sociales d'environnement dans lesquelles elle vit.

Aujourd'hui, on dispose sur le plan scientifique d'évidences nombreuses qui indiquent l'interaction permanente de ces trois dimensions bio-psycho-social sur le fonctionnement d'un individu et aussi donc, sur le dysfonctionnement en cas de pathologies (voir bibliographie).

Dans ces conditions, il y a donc lieu de promouvoir la présence dans l'ensemble des hôpitaux généraux d'une **organisation structurelle et multidisciplinaire**. Celle-ci serait responsable, de façon généralisée, dans toutes ces institutions, de la prise en compte des facteurs psychosociaux (identification, information au patient, initiation du traitement si nécessaire, orientations ultérieures à la sortie) et aussi, des traces laissées au dossier des soins (dossier médical, dossier infirmier). Une telle organisation permettrait d'avoir un minimum de données psychosociales telles par exemple les comportements de santé et les comportements à risque en complément des données biomédicales. Et ce, bien évidemment, dans le respect des droits des patients et de la protection de la vie privée. Ceci contribue largement à une prise en compte plus efficiente des besoins des patients, réduit les coûts hospitaliers par une diminution de la durée de séjour et fournit, dans le cadre du bilan de santé et de l'orientation thérapeutique globale, le minimum d'information indispensable au médecin traitant (qu'il soit généraliste ou spécialiste) lors de la sortie du patient. En effet, les co-morbidités fréquemment associées à la pathologie somatique (anxiété, état dépressif, début d'involution psychique, etc.), non diagnostiquées et non traitées, compliquent le traitement général du patient. Enfin, pour de nombreux traitements somatiques, un bon accompagnement psychosocial permettra d'éviter ces co-morbidités ou d'en limiter l'ampleur.

Si dans les hôpitaux généraux existe actuellement – et ce depuis un certain temps – une organisation de la prise en charge des besoins sociaux (service social), justifiée par le fait que l'aide sociale est directement liée et visible pour la bonne suite des soins médicaux (poursuite du séjour hospitalier dans un centre de revalidation, aide lors du retour à domicile pour suppléer les déficits d'autonomie, etc.), il n'en va pas certainement pas de même pour la fonction psychologique. En pratique, même lorsque la fonction de psychiatrie de liaison existe dans certains hôpitaux, elle n'est certainement pas utilisée au mieux de ses objectifs, dans le cadre d'une approche intégrée des dimensions psychologique et psychosociale avec l'ensemble des soins. La fonction psychologique existe, toutefois bien évidemment, dans les services psychiatriques d'hôpitaux généraux, comme elle existe dans les hôpitaux psychiatriques, que ce soit pour des patients adultes, pour des enfants, des adolescents et aussi en psychogériatrie.

Dans les services somatiques on trouve, actuellement, une grande diversité d'options organisationnelles pour prendre en charge – souvent de façon très modeste, parfois de façon plus importante – les problématiques psychologiques.

2.2.1. Options organisationnelles existantes

Les diverses options organisationnelles sont, à titre d'exemple et de façon non exhaustive:

- une présence de la fonction psychologique est depuis peu obligatoire, par exemple dans les unités de soins palliatifs;
- dans le cadre de programmes de réadaptation à travers des conventions particulières avec, par exemple, l'INAMI, on les trouve en cardiologie, en oncologie⁴ ou en pédiatrie, dans les centres pour le traitement de la douleur chronique⁵, pour les troubles locomoteurs, le SIDA...;

⁴ Dans le cas de l'oncologie adulte, cette fonction est obligatoire mais non financée.

- dans certains hôpitaux et dans certains services particuliers, suite à des initiatives personnelles des autorités de ces institutions, la présence sur fonds propres de personnel prenant en charge les dimensions psychologiques des patients existe ci et là. Par exemple, dans la psychiatrie de liaison, dans certains services de garde générale, services de gynécologie, de pédiatrie néonatale, etc. Sur la même base d'initiatives propres, existe aussi dans quelques hôpitaux un service de psychologie clinique;
- enfin, dans d'autres hôpitaux généraux, sont établis par conventions inter-institutionnelles ou inter-services, des apports de professionnels de la santé mentale issus du réseau ambulatoire ou du réseau d'hôpitaux psychiatriques.

Un **tableau récapitulatif** reprenant les réglementations en ce qui concerne la présence dans les hôpitaux généraux de personnel psychosocial se trouve en annexe (Annexe 7.1.).

Il est à remarquer que dans certains cas où existe un début de préoccupation de prise en charge psychologique des patients, l'activité repose sur des initiatives personnelles et donc sur quelques personnalités et souvent ces initiatives disparaissent au moment où ces mêmes personnalités ont des activités dans d'autres secteurs ou quittent le service.

2.2.2. Nécessité d'un financement adéquat des interventions psychosociales

Il est à rappeler qu'en ce qui concerne la psychiatrie dite « de liaison », c'est-à-dire, l'intervention d'un médecin psychiatre pour avis et début de prise en charge psychiatrique dans un service hospitalier autre qu'un service de psychiatrie, il existe une nomenclature depuis plusieurs années. Cette nomenclature (INAMI) est réservée aux médecins psychiatres. Il y aurait lieu de financer adéquatement l'ensemble des interventions psychosociales lorsqu'elles sont délivrées par d'autres professionnels de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux spécialisés, etc.) ainsi que la concertation entre tous les prestataires de soins concernés. Ceci permettrait d'améliorer la collaboration entre ces différents intervenants.

2.2.3. Autres avis et recommandations

Il est aussi à remarquer qu'il existe en Belgique deux rapports relativement récents du Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH), section « Programmation et Agrément », l'un concernant l'organisation de la psychiatrie de liaison, l'autre concernant la fonction psychologique à l'hôpital général et psychiatrique (voir annexe 7.2. et 7.3.). Ces avis ont proposé déjà en 2002 pour le premier et, en 2003, pour le second des pistes intéressantes de l'organisation structurelle de la prise en compte des dimensions psychologiques et psychosociales intégrées à côté de la dimension biomédicale des patients hospitalisés. Il existe aussi une littérature internationale à ce sujet, entre autres, les recommandations faites par le « Royal College of Physicians » et le « Royal College of Psychiatrists » intitulé « The psychological care of medical patients. A practical guide » (2^e édition en 2003) et des rapports en Belgique, tels ceux de De Bie et al. (2002) et de Allemeesch (2003). Récemment, l'OMS – Santé Mentale Europe – a promulgué un plan d'action signé par l'ensemble des ministres de la Santé publique de 52 pays d'Europe en faveur de la promotion plus effective des aspects de santé mentale pour l'ensemble de la population, y compris lorsque celle-ci fait l'objet d'un traitement somatique. De nombreux paragraphes du plan d'action d'Helsinki 2005 (Annexe 7.4.) insistent sur le fait qu'il y a lieu, entre autres, de favoriser largement l'accès aux soins de santé mentale pour, bien évidemment, l'ensemble de la population et, en particulier pour les personnes présentant des pathologies médicales dans lesquelles les aspects psychologiques et psychosociaux (facteurs liés à la santé mentale, facteurs culturels, représentation de la maladie...) jouent un rôle important de co-morbidité.

⁵ Financés uniquement pour les centres dits « de référence ».

2.2.4. Adéquation des soins pour les malades chroniques

Il y a lieu, enfin, de faire remarquer que le nombre de pathologies à évolution chronique est en augmentation constante les dernières années. A côté du besoin indispensable d'identifier et de traiter adéquatement les moments aigus de la pathologie, il faudrait – pour être efficace – prendre en charge la personne tout au long de son processus de pathologie chronique, à travers des modalités complémentaires qui prennent en charge, par exemple, la compliance au traitement, la psychoéducation du patient, l'intervention – si nécessaire – au niveau de l'entourage et de diverses aides de type psychologique et social, relatifs aux problèmes de co-morbidité associés à l'évolution chronique des pathologies: anxiété, dépression, involution, etc. L'ensemble de ces aspects chroniques est trop peu enseigné au cours des études médicales, alors que cela traduit un besoin croissant de la population présentant des problématiques de santé.

2.2.5. Formation

Le CSS insiste particulièrement pour que des recommandations soient faites au niveau des Hautes Ecoles et Universités sur l'importance à accorder à l'enseignement et à la formation des futurs praticiens de la santé en général et de la santé mentale en particulier (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, médecins...) dans la prise en compte des facteurs psychosociaux comme éléments fondamentaux dans l'évaluation des bilans de santé et des procédures thérapeutiques dans la toute grande majorité des problèmes de santé de la population. D'ores et déjà, des initiatives ont été prises localement telle que la mise en place d'un master en psycho-oncologie, des formations intégrées en psychothérapies pour étudiants en faculté de psychologie et de médecine, etc.

2.2.6. Propositions de modalités d'organisation

En ce qui concerne l'organisation pratique et structurelle de l'intervention psychologique à l'hôpital général et compte tenu des recommandations déjà formulées en Belgique, plusieurs modalités se présentent; elles ont toutes leurs avantages et inconvénients.

On peut résumer ces diverses propositions de la façon suivante.

- Dans tout hôpital général devrait exister, structurellement, une unité ou service de psychologie clinique garantissant une liaison directe avec la direction médicale, infirmière et direction générale de l'hôpital, ceci sous la responsabilité d'un psychologue ayant les qualifications requises pour cette direction. Les divers psychologues exerçant à l'hôpital général devraient le plus possible être intégrés dans les équipes multidisciplinaires, médicale et de nursing, dans les diverses unités spécialisées de l'hôpital et y acquerraient ainsi une spécialisation (cardiologie, transplantation rénale, chirurgie, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, etc.), tout en bénéficiant d'une coordination et de supervisions à l'intérieur de l'unité ou du service de psychologie clinique. Ce travail multidisciplinaire se reflètera également dans la collaboration de ces psychologues avec les psychiatres de liaison dans les départements non psychiatriques, lorsqu'un effort commun est requis pour contribuer à un psychodiagnostic, émettre un avis, mettre en place une prise en charge, éventuellement assurer ensuite la liaison avec le réseau de santé mentale ambulatoire lorsque l'état du patient hospitalisé nécessite ce type de prise en charge. Ceci n'est pas généralisé actuellement. Là où de telles pratiques ont lieu, deux types d'organisation existent: l'une centralisée, l'autre décentralisée (les intervenants psychosociaux sont intégrés dans les différents services). Ces deux modèles ont des avantages et des inconvénients, eu égard aux pouvoirs locaux.
- A tous les niveaux de passage des patients, au départ au service des urgences, ensuite en hospitalisation médicale, un minimum d'identification de l'existence de problématiques psychologiques et psychosociales associées aux pathologies somatiques devrait pouvoir être

faites en routine, tant par le personnel médical que de nursing. Dans la mesure du possible, des dispositions doivent être prises afin de permettre aux prestataires de soins psychosociaux de participer aux réunions d'équipe des services somatiques.

- Dans le cadre des politiques actuelles menées en vue de la rationalisation et de l'efficacité des activités loco-régionales des hôpitaux (à travers les propositions dites « bassin de soins », dites « de réseaux et circuits de soins »), il faudrait avoir une réflexion sur la coordination de telles activités de santé mentale qui pourraient être partagées entre plusieurs hôpitaux au niveau local.
- Enfin, ces hôpitaux pourraient aussi s'appuyer sur un certain nombre d'initiatives prises ces dernières années au niveau supra hospitalier et qui peuvent aider le personnel hospitalier en matière d'orientation des prises en charge de patients nécessitant une intervention de santé mentale. Telle est l'initiative « Eole » en Région de Bruxelles-Capitale et pour l'ensemble du pays, de la « Fondation Julie Renson ».

2.2.7. Autres propositions

Une recommandation générale est également de pouvoir avoir un aperçu – pour l'ensemble du pays – de l'importance de la présence de personnel spécialisé en santé mentale, travaillant actuellement dans les hôpitaux généraux. Ces données ne font pas l'objet, aujourd'hui, d'un rapport disponible.

Par ailleurs, comme mentionné ci-dessus, l'identification précoce et minimale de données psychosociales pertinentes par le personnel de première ligne des hôpitaux généraux devrait pouvoir faire l'objet, elle aussi, d'étude de faisabilité.

3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'importance des facteurs psychosociaux dans la plupart des maladies somatiques est largement démontrée par une multitude de données basées sur des évidences scientifiques. Dans ces conditions, il y a lieu de prendre en compte ces facteurs tant au niveau de l'identification que des modalités de prise en charge et de l'évaluation de l'efficacité des interventions. Ceci vaut en particulier pour les maladies à évolution chronique et chez la personne âgée.

Ainsi, une prise en charge intégrée des aspects biologiques, psychologiques et sociaux des pathologies ne favorise pas seulement une évolution positive des pathologies, mais elle accélère aussi les processus de stabilisation et de guérison des malades, diminue le temps de séjour à l'hôpital et assure une meilleure qualité de vie et une plus grande satisfaction des patients quant aux soins reçus.

Ces considérations rejoignent le plan d'action Santé Mentale pour l'Europe signé par la Belgique à Helsinki en 2005 et impliquent:

- 1) d'optimiser l'intégration de ces divers aspects dans la formation de base et continuée des différents professionnels de la santé,
- 2) de promouvoir, dans l'organisation des soins, l'accès aisé des patients à une telle approche intégrée,
- 3) de promouvoir des recherches et la diffusion des connaissances dans ce domaine tant en ce qui concerne les professionnels que le grand public,
- 4) de favoriser par des incitants la communication entre professionnels de santé des diverses disciplines concernées.

4. REFERENCES

- Allemeesch G. De Dienst Klinische Psychologie als een ziekenhuisfunctie in het Algemeen Ziekenhuis. Tijdschrift Klinische Psychologie 2003; 3:146-153
- Astin JA, Soeken K, Sierpina VS, Clarridge BR. Barriers to the Integration of Psychosocial Factors in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. J Am Board Fam Med 2006; 19: 557-565
- Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. Ann Fam Med 2004; 2: 576-582
- Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, Shaw R, Steiner H, Stern TA, Stoudemire A. The Academy of Psychosomatic Medicine. Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting. Psychosomatics 1998; 39: S8-30
- De Bie J, Remans B. Gezondheidszorg: actuele standpunten. Geïntegreerde liaisonpsychiatrie: een model. Tijdschrift voor geneeskunde 2002; 58, nr. 22: 1486
- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry 1980; 137: 535-544
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 4286: 129-136
- Fontaine O, Salah D. La compliance: un problème de santé. Rev Med Liege 1991; XLVI 6-91: 343-349
- Fontaine O, Etienne AM, Brouette B. « Pattern » comportemental de type A, stress et maladie coronarienne; Brève Revue de la Littérature. Rev Med Liege 1987; XLII 24: 962-975
- Galand M, Fontaine O, Salah D. Radiothérapie du cancer du sein et préparation du patient. Rev Med Liege 1990; XLV 11-90: 539-544
- European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union; October 2005
- Kathol R, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. Med Clin North Am 2006 Jul;90(4):549-572
- Libert Y, Merckaert I, Etienne A-M, Farvacques C, Lienard A, Messin S, Meunier J, Milani M, Moucheux A, Reynaert C, Salis J, Slachmuylder J-L, Razavi D. Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer: une étude nationale belge. Oncologie 2006; 8: 465-476
- Stiefel FC, Huysse FJ. Reflections and perspectives. Integrated Care for the Complex Medically III, An Issue of Medical Clinics of North America. Med Clin North Am 2006;90(4):759-760.
- RCP & RCPSYCH - The Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists of Great Britain. The psychological care of medical patients. A practical guide. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists of Great Britain, Second Edition; 2003
- WMHC - World Federation for Mental Health. The Relationship Between Physical and Mental Health: Co-occurring Disorders. World Mental Health Day; October 2004

Verzelen A. Wiens zorg zal het wezen? Psycho-oncologie in Vlaanderen. Tijdschrift Klinische Psychologie 2005; 3:139-143

5. BIBLIOGRAPHIE

Aapro M, Cull A. Depression in Breast Cancer Patients: The Need for Treatment. Ann Oncol. 1999;10(6): 627-36

Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikami I, Shima YI, Yamawaki S, Uchitomi Y. Suicidal Thoughts in Cancer Patients: Clinical Experience. in Psychooncology. Psychiatry Clin Neurosci. 1999; 53(5): 569-73

Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. Patient Educ Couns. 2004; 53(2):239- 44

American Psychiatric Association; 2003. Coexisting Severe Mental Disorders and Physical Illness. Statement by the American Psychiatric Association

Angst F., Stassen H.H., Clayton, P.J., Angst, J. Mortality of patients with Mood Disorders: Follow-up over 34-38 years. J Affective Disorders 2002; 68(2-3):167-181

Baez D. Primary Care Physicians Should Be Aware of Link Between Physical and Mental Health. Medscape Medical News; 2003

Baker F, Marcellus D, Zabora J, Polland A, Jodrey D. Psychological Distress Among Adult Patients Being Evaluated for Bone Marrow Transplantation. Psychosomatics 1997; 38(1): 10-9

Berard R. Depression and Anxiety in Oncology: The Psychiatrist's Perspective. J Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl 8)

Blumenthal J, Newman M et. al. Depression As A Risk Factor for Mortality After Coronary Artery Bypass Surgery. Lancet 2003; Vol. 362: 604-609

Brown S. Excess Mortality of Schizophrenia: A Meta-Analysis. British Journal Psychiatry 1997; 171:502-8

Cohen HW, Alderman MH. The Association Between Depression and Cardiovascular Disease in Patients with Hypertension. Prim Psychiatry 2001; 8(7): 39-54

Combs-Orme T, Heflinger CA, Simpkins CG. Comorbidity of Mental Health Problems and Chronic Health Conditions in Children. J Emotion Behav Dis 2002; 10:116-125

Davidson M. Risk of Cardiovascular Disease and Sudden Death in Schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry 2002; 63, suppl. 9

"Depression and AIDS/HIV" on the U.S. National Institute of Mental Health website: <http://www.nimh.nih.gov>

"Depression and Cancer" on the U.S. National Institute of Mental Health website

"Depression and diabetes" on the U.S. National Institute of Mental Health website

"Depression and Heart Disease" on U.S. National Institute of Mental Health website

DiMatteo, M. Robin. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychol* 2004; Vol 23(2): 207-218

Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness. *The Cochrane Library*; 2002

Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM, Murray GD, Stallard S, George WD, Maguire GP. Psychiatric Morbidity in the First Year after Breast Surgery. *Eur J Surg Oncol*. 1992; 18(4): 327-31

Goodwin JS, Zhang DD, Ostir G. Effect of Depression on Diagnosis, Treatment, and Survival of Older Women with Breast Cancer. *Am Ge Soc* 2004; 52(1): 106-111

Health and Human Behaviour: The Interplay of Biological, Behavioural, and Societal Influences. U.S. National Academy of Sciences, Institute of Medicine; 2001

“High Mental Stress Linked with Increased Risk of Cardiovascular Death” in *Circulation: Journal of the Am Heart Ass*; 2002

WHO – World Health Organization; 2001. Integrating Mental Health Care into General Health Services. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope - Chapter 4*

Jenkins CD. Building Better Health: A Handbook of Behavioural Change. A Pan American Health Organization Scientific and Technical Publication 2003; No. 590

Lambert T, Velakoulis D, Pantelis C. Medical Comorbidity in Schizophrenia. *Med J Austr* 2003; 178(9) Suppl 5 mai: S67-S70

MacHale S. Managing Depression in Physical Illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002; 8: 297-304

Olley BO, Gxamza F, Seedat S, Reuter H, Stein, DJ. Psychiatric Morbidity in Recently Diagnosed HIV Patients in South Africa: A Preliminary Report. *AIDS Bulletin of the Medical Research Council of South Africa* 2003; Vol. 12, No. 1

RCP - Royal College of Psychiatrists; 2002. Psychiatric Patients Miss Out on Physical Health Screenings.

Kruse J, Schmitz N, Thefeld W. On the Association Between Diabetes and Mental Disorders in a Community Sample. *Diabetes Care* 2003; 26:1841-1846

Newcomer JW, Haupt DW, Fucetola R, Melson AK, Schweiger JA, Cooper BP, Selke G. Abnormalities in Glucose Regulation During Antipsychotic Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2002; Vol 59

Regenold WT, Thapar RK, Marano D, Gavirneni S, Kondapavuluru PV. Increased Prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus Among Psychiatric Inpatients with Bipolar I Affective and Schizoaffective Disorders Independent of Psychotropic Drug Use. *Erratum in: J. Affect Disorders* 2003; 73(3):301-2, *J. Affect Disorders* 2002;70:19-26

Ritterband LM, Spielberger CD. Depression in a Cancer Patient Population. *J Clin Psychol Med Settings* 2001; 8(2): 85-93

Rutledge T, Con MA. Psychological Factors and Cardiovascular Disease in Women: Risk and Clinical Implications. *Prim Psychiatry* 2001; 8(7): 55-58

Valentine AD, Meyers CA. Cognitive and Mood Disturbance as Causes and Symptoms of Fatigue in Cancer Patients. *Cancer* 2001; 92 (6 Suppl):1694-1698

Wassertheil-Smoller S, Shumaker S, Ockene J, Talavera GA, Greenland P, Cochrane B, Robbins J, Aragaki A, Dunbar-Jacob J. Depressive and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164-289

Watkins, Carol E. Northern County Psychiatric Associates, Psychiatric Services for Children, Adolescents, Adults, and Families. Baltimore, Maryland. · Weiden, Peter. "Weight Gain and Diabetes Risk with Psychiatric Medications" in *New York City Voices*, Vol. VIII, No. 4, October-December 2003. Pp. 14-15

Zorn M, Rowland J, Varricchio C. Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue. National Library of Medicine Bibliography; 2002

6. ANNEXES

6.1. Tableau récapitulatif: les réglementations concernant la présence de personnel « psychosocial » au sein des services ou programmes de soins (G. Allemeesch)

Service ou programme de soins	Psychologues	Psychiatres	psycho-social (autre ou non déterminé)
Programme de soins pour enfants AR 2006-08-16			Art. 31. Le soutien psycho-social est assuré par du personnel auxiliaire porteur d'au moins un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (AI) ou un diplôme de bachelier à concurrence d'un demi équivalent temps plein si le nombre de lits (index E) dans l'unité de soins est inférieur à 30, ou à concurrence d'un équivalent temps plein, par tranche de 30 lits (index E) complète.
Services d'oncologie pédiatrique AM 1998-07-27			§ 6. A partir du 1er août 1998, pour les hôpitaux qui disposent de lits d'oncologie pédiatrique répondant aux critères repris en annexe 1 du présent arrêté, la sous-partie B2 du budget des moyens financiers est augmentée, compte tenu de ce qui est déjà inclus dans le budget des moyens financiers, en vue d'assurer le financement des critères d'encadrement définis à la même annexe, à raison de 1 700 000 francs par ETP infirmier et psychologue et de 1 500 000 francs par ETP pédagogue et logistique. Annexe 2° Equipe psychologue : - 1 personne ETP pour les unités comptant de 6 à 13 lits inclus; - 1 1/2 personnes ETP pour les unités comptant 14 ou 15 lits; - 2 personnes ETP pour les unités comptant entre 16 et 19 lits; - 3 personnes ETP pour les unités comptant plus de 19 lits; 3° Equipe pédagogue : - 1 personne ETP pour les unités comptant de 6 à 13 lits; - 2 personnes ETP pour les unités comptant plus de 13 lits;
Programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie AR 2003-03-21			Art. 5. Pour l'accompagnement psychosocial, le programme de soins de base en oncologie dans l'hôpital doit pouvoir faire appel à une équipe de soutien psychosocial pluridisciplinaire composée d'un psychologue clinicien, d'un travailleur social ou d'un infirmier gradué en santé publique et d'un psychiatre . Ils doivent pouvoir suivre le patient tout au long de son traitement. Pour les compétences précitées, il peut éventuellement être fait appel aux membres de l'équipe pluridisciplinaire assumant également la fonction palliative à l'hôpital. Art. 18. Le programme de soins d'oncologie doit pouvoir faire appel , au sein de l'hôpital, à une équipe de soutien psychosociale composée d'un psychologue clinicien, d'un travailleur social ou d'un infirmier gradué en santé publique, ainsi que d'un médecin spécialiste en psychiatrie et ce, pour un accompagnement psychosociale des patients. L'équipe doit pouvoir suivre le patient pendant toute la durée du traitement. Pour les expertises précitées, il peut être éventuellement fait appel aux membres de l'équipe pluridisciplinaire qui assure la fonction palliative à l'hôpital.

<p>Fonction de soins palliatifs AR 2002-02-19</p>	<p>§ 4. Cette équipe mobile est composée d'au moins un médecin spécialiste équivalent mi-temps, un infirmier gradué équivalent mi-temps et un psychologue équivalent mi-temps. (+0.001 FTE/lit au-dessus de 500 lits)</p>		
<p>Services neuro-psychiatriques d'observation et de traitement d'enfants AR 1964-10-23</p>	<p>Pour compléter l'équipe médico-psycho-sociale il y aura au moins un licencié en psychologie ainsi .../... par 20 malades.</p>	<p>L'équipe médicale sera dirigée par un médecin spécialiste en neuro-psychiatrie qualifié en psychiatrie de l'enfant. En tout cas, deux médecins au moins seront attachés à l'établissement, le second sera spécialisé en neuro-psychiatrie, en pédiatrie ou en médecine interne, suivant l'âge et les cas.</p>	<p>Pour compléter l'équipe médico-psycho-sociale il y aura au moins .../...ainsi qu'un assistant social ou un infirmier gradué social par 20 malades.</p> <p>L'effectif du personnel à même d'assurer la présence continue sera par 20 malades:</p> <p>a) en cas d'hospitalisation de jour et de nuit: 2 équipes de 6 personnes dont 1 infirmier; parmi les autres membres de l'équipe, 3 seront en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'éducateur ou d'assistant en psychologie ou d'un brevet d'hospitalier, les 2 autres auront un brevet d'auxiliaire familial et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service. Deux personnes au moins dont un infirmier assureront la garde pendant la nuit dans le service.</p> <p>b) en cas d'hospitalisation de jour uniquement: 2 personnes en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'assistant en psychologie ou d'éducation ou d'un brevet d'hospitalier. Il y aura au moins un infirmier par service.</p> <p>c) en cas d'hospitalisation de nuit: 2 équipes de 3 personnes dont 1 infirmier; parmi les autres membres de l'équipe, 1 sera en possession d'un diplôme d'infirmier, d'assistant en psychologie, d'éducateur ou d'ergothérapeute ou d'un brevet d'hospitalier et l'autre aura un brevet d'auxiliaire familial et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service. Pendant la nuit, 2 personnes dont 1 infirmier assureront la garde dans le service; 1 personne pendant le jour.</p>

			<p>En vue d'assurer toutes les modalités de la prise en charge, cette équipe sera en outre complétée, par 20 malades:</p> <p>a) par 2 personnes en cas d'hospitalisation de jour et de nuit; b) par 4 personnes en cas d'hospitalisation de jour; c) par 2 personnes en cas d'hospitalisation de nuit.</p> <p>Ces personnes posséderont un diplôme de licencié ou un diplôme de l'enseignement supérieur non-universitaire à orientation paramédicale, sociale, pédagogique ou artistique, tel que la psychologie, la criminologie, l'éducation physique, la kinési- ou l'ergothérapie ou un diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent.</p> <p>L'effectif du personnel qui doit assurer présence continue, est augmenté, en cas d'hospitalisation de jour et de nuit, de 5 emplois à temps plein par 20 lits occupés à 70 %.</p> <p>Ces personnes doivent posséder un diplôme de l'enseignement supérieur non universitaire à orientation infirmière, paramédicale, sociale, psychologique, pédagogique ou artistique, tel que le diplôme d'infirmier gradué, de kinésithérapie ou d'ergothérapie, d'assistant social, d'assistant en psychologie, d'éducateur physique, ou un diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent.</p>
<p>Services neuro-psychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes AR 1964-10-23</p>	<p>Pour compléter l'équipe médico-psycho-sociale, il y aura au moins un licencié en psychologie ainsi .../... par 60 malades.</p>	<p>L'équipe médicale sera dirigée par un médecin spécialiste en neuro-psychiatrie dont la nomination sera approuvée par le Ministre de la Santé publique.</p> <p>Il y aura au moins un neuro-psychiatre par 30 malades.</p> <p>En tous cas, 2 médecins au moins seront attachés au service, l'un spécialisé en neuro-psychiatrie, et le second spécialisé en neuro-psychiatrie ou en médecine interne.</p>	<p>Pour compléter l'équipe médico-psycho-sociale, il y aura au .../... ainsi qu'un infirmier gradué social ou un assistant social par 60 malades.</p> <p>L'effectif du personnel à même d'assurer la présence continue sera, par 30 malades:</p> <p>a) <i>pour les services assurant l'hospitalisation de jour et de nuit:</i> 11 personnes, dont 6 infirmiers, de préférence psychiatriques; parmi les autres membres du personnel 2 seront en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'éducateur ou d'assistant en psychologie ou d'un brevet d'infirmier ou d'hospitalier; les 3 autres auront un brevet d'auxiliaire familiale et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service; deux personnes au moins, dont un infirmier assureront la garde pendant la nuit; .../...</p>

			<p>En vue d'assurer toutes les modalités de la prise en charge, cette équipe sera, en outre complétée par 30 malades:</p> <p>a) par 4 personnes pour les services de jour et de nuit; b) par 6 personnes pour les services de jour; c) par 3 personnes pour les services de nuit;</p> <p>Ces personnes posséderont un diplôme de licencié ou un diplôme de l'enseignement supérieur non-universitaire à orientation paramédicale, sociale, pédagogique ou artistique, tel que la psychologie, la criminologie, l'éducation physique, la kinési- ou l'ergothérapie, ou un diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent.</p>
<p>Programme de soins pour le patient gériatrique AR 2007-01-29 (date d'entrer en vigueur pas fixée pour tout) AR 1964-10-23</p>	<p>Art. 12. Le programme de soins dispose d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette équipe est composée, au moins, des personnes ayant les qualifications suivantes: .../... 8° licence/master en psychologie.</p> <p>Art. 18. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne est composée des personnes ayant des qualifications mentionnées à l'article 12, points 2, 5, 6, 7 et 8, étant entendu que cette équipe doit être constituée d'au moins 4 équivalents temps pleins et que son nombre dépend du nombre de patients gériatriques théoriques admis annuellement à l'hôpital.</p>		<p>Art. 12. Le programme de soins dispose d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette équipe est composée, au moins, des personnes ayant les qualifications suivantes: .../... 3° assistant social ou un infirmier gradué/bachelier social; .../... 5° gradué/bachelier en ergothérapie; 6° gradué/bachelier en logopédie ou licence/master en logopédie;</p> <p>Art. 18. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne est composée des personnes ayant des qualifications mentionnées à l'article 12, points 2, 5, 6, 7 et 8, étant entendu que cette équipe doit être constituée d'au moins 4 équivalents temps pleins et que son nombre dépend du nombre de patients gériatriques théoriques admis annuellement à l'hôpital.</p> <p>En AR 1964-10-23: - A la sous-rubrique « III. Normes d'organisation » de la rubrique «Normes spéciales pour le service de Gériatrie » Le service dispose d'au moins... pour 24 lits agréés .../... 5° 1,33 équivalents temps plein membres de personnel ayant comme qualification gradué/bachelier en ergothérapie, gradué/bachelier en logopédie, licence/master en logopédie ou licence/master en psychologie. - Le service doit en outre pouvoir faire appel à des diététiciens, assistants sociaux ou infirmières graduées sociales, dont le nombre est fonction du nombre de lits du service.</p>

<p>Service Sp (affections psychogériatriques) AR 1964-10-23</p>	<p>Par tranche de 90 lits et proportionnellement lorsque le service en compte moins, le service doit disposer d'un psychologue équivalent temps plein et .../...</p>	<p>Sont réputés avoir la compétence spécifique visée au point III, 1, les médecins spécialistes en médecine interne et en gériatrie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie ou en neurologie. Lorsque le médecin chargé de l'organisation médicale du service ne dispose pas des compétences somatiques ou psychiatriques requises, il doit pouvoir, en cas de besoin, requérir à tout moment la collaboration de médecins ayant les compétences requises.</p>	<p>Par tranche de 90 lits et proportionnellement lorsque le service en compte moins, le service doit disposer .../... et d'un assistant social ou d'un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en santé publique équivalent temps plein.</p>
<p>Service Sp (soins palliatifs) AR 1997-07-15</p>	<p>Le service doit pouvoir faire appel à un kinésithérapeute, un assistant social, un conseiller philosophique et à des consultants, dont un psychologue et un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.</p>		
<p>Service Sp (affections neurologiques, affections locomotrices, affections chroniques) AR 1964-11-07</p>	<p>On doit pouvoir faire appel à un psychologue.</p>		
<p>Programme de soins " médecine de la reproduction " A AR 1999-02-15</p>			<p>en collaboration avec des personnes qualifiées, un accompagnement psychologique, social, juridique et moral nécessaire est assuré aux patients afin de leur permettre d'analyser les informations reçues et de prendre en charge les problèmes qui en découlent</p>
<p>Programme de soins "pathologie cardiaque" C et T AR 2004-07-15</p>		<p>L'équipe médicale doit pouvoir recourir au soutien d'infirmiers, d'infirmiers sociaux et de psychiatres témoignant d'un intérêt particulier pour l'accompagnement des problèmes spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - du patient transplanté et disposant d'une compétence particulière dans ce domaine. - de l'enfant et disposant d'une compétence particulière dans ce domaine. 	

<p>Rééducation cardiologique AR 1991-01-10</p>	<p>Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont remboursables que si elles sont effectuées dans un service de rééducation cardiaque auquel sont attachés au minimum: un médecin .../..., de même qu'un kinésithérapeute et un psychologue et un assistant social. .../... Ces personnes doivent être effectivement attachées au service à raison d'un mi-temps au minimum.</p>		<p>Les prestations 771201, 771212 - 771223 ne sont remboursables que si elles sont effectuées dans un service de rééducation cardiaque auquel sont attachés au minimum: un médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, de même qu'un kinésithérapeute et un psychologue et un assistant social. Dans le cas où le médecin est spécialiste en médecine physique, en outre un médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne ou en pédiatrie doit être attaché au service. Ces personnes doivent être effectivement attachées au service à raison d'un mi-temps au minimum.</p>
<p>Médecine physique et en réadaptation AR 2004-06-22</p>	<p>- Le remboursement des prestations 558434-558445, 558456 - 558460, 558810 - 558821, 558832 - 558843 et 558972 - n'est autorisé que pour les traitements de rééducation effectués sous la coordination d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation dans un service de médecine physique intégré dans un établissement hospitalier agréé, dans lequel sont au moins présents à temps plein, outre le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, les disciplines kinésithérapie et ergothérapie. Le service peut, en outre, faire appel, dans l'institution, aux fonctions logopédie et psychologie clinique. - Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale .../...</p>		

	Ce service doit disposer d'une équipe qui comporte au minimum les disciplines ergothérapie, kinésithérapie et psychologie/...		
Patients grands brûlés AR 2007-03-19	Le service médical dispose de sa propre équipe infirmière spécifique qui se compose, infirmier en chef compris, de trois équivalents temps plein infirmier par lit, dont au moins la moitié possède le titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence. Cette équipe est complétée par trois équivalents temps plein kinésithérapeute, psychologue et/ou ergothérapeute, dont au moins un équivalent temps plein kinésithérapeute et un équivalent temps plein psychologue . Un coordinateur est désigné au sein de cette équipe.		
Projets pilotes patients en état neurovégétatif persistant ou en état pauci-relationnel AR 2002-04-25	Les hôpitaux qui participent à ce projet doivent répondre aux conditions suivantes: .../... 2. faire la preuve qu'une équipe multidisciplinaire suffisante qualitativement et quantitativement peut être directement disponible pour le groupe cible (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, diététicien, psychologue , assistant social, infirmier social);		Les hôpitaux qui participent à ce projet doivent répondre aux conditions suivantes: .../... 2. faire la preuve qu'une équipe multidisciplinaire suffisante qualitativement et quantitativement peut être directement disponible pour le groupe cible (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, diététicien, psychologue, assistant social, infirmier social);

Centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique INAMI	En outre, l'équipe doit comprendre des intervenants dont la spécialité n'est pas médicale, qui prestent l'équivalent de 4,75 temps pleins: - Des licenciés en psychologie , à proportion de 1 équivalent temps plein (ETP) minimum et 2 ETP maximum, .../...	L'équipe médicale doit être composée, au minimum, des intervenants suivants: - Un médecin spécialiste en anesthésiologie - Un médecin spécialiste en réadaptation - Un médecin spécialiste en neurochirurgie ou en neurologie - Un médecin spécialiste en psychiatrie	En outre, l'équipe doit comprendre des intervenants dont la spécialité n'est pas médicale, qui prestent l'équivalent de 4,75 temps pleins: .../... - Des assistants sociaux, de 0,25 ETP à 1,5 ETP,
Médiateur interculturel AR 2005-07-11			La fonction de médiateur interculturel peut être occupée par une personne répondant aux conditions suivantes: a) soit être titulaire d'un diplôme universitaire ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long dans une des disciplines suivantes: médecine, une discipline paramédicale, psychologie, anthropologie, philologie, sociologie , traduction et interprétation. En outre, elle doit avoir suivi une formation théorique dans le domaine de la médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé ou elle doit pouvoir justifier une expérience professionnelle encadrée d'au moins deux ans dans le même domaine, .../...
Sevrage tabagique des femmes enceintes et de leur partenaire AR 2005-09-17	Sont reconnus tabacologues au sens du présent arrêté, les professionnels de santé visés par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins et les licenciés en psychologie qui ont satisfait aux épreuves finales d'une formation délivrée par des centres spécifiques qui sont agréés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions selon les conditions qu'il fixe.		

6.2. Avis du CNEH concernant la psychiatrie de liaison en hôpital général

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE
L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 16/05/2002

Administration des soins de santé.

Direction de la Politique des Soins de Santé.

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/PSY/206-1 (*)

AVIS COMPLÉMENTAIRE CONCERNANT LA PSYCHIATRIE DE LIAISON EN HÔPITAL GÉNÉRAL

LE PRÉSIDENT,

signé

Prof. Dr. J. PEERS

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial du 16 mai 2002

1. Contexte de cet avis

Cet avis a été préparé par le groupe de travail ad hoc « Psychiatrie de liaison » le 6 mars 2002 sous la présidence du Professeur Docteur I. Pelc et fut approuvé le 19 avril 2002 en séance plénière du groupe permanent psychiatrie du C.N.E.H. Cet avis traite une partie de la demande contenue dans la lettre du 15/01/02 des ministres Aelvoet et Vandenbroucke. Cette demande posait, de manière urgente, la question de « l'opérationnalisation de la fonction psychologique dans l'hôpital et en particulier de la psychiatrie de liaison en hôpital général ».

Compte tenu du court délai dans lequel les avis devaient être rendus, le groupe de travail permanent psychiatrie a choisi de traiter les deux questions de manière distincte. La question du contenu et du positionnement de la fonction psychologique dans l'hôpital sera traitée dans un avis ultérieur. En priorité le groupe permanent psychiatrie rend un avis relatif à l'opérationnalisation de l'avis rendu précédemment par le groupe permanent psychiatrie en date du 01/06/1998 concernant la psychiatrie de liaison. (en annexe 1)

« L'avis initiale » du groupe de travail permanent psychiatrie en matière de psychiatrie de liaison a été mis à la discussion lors de la réunion de la section programmation et agrément du C.N.E.H. en date du 11/06/1998 . Il a reçu un accueil essentiellement positif.

Les questions complémentaires qui ont été formulées lors de cette réunion portaient sur:

- une proposition plus approfondie en termes d'opérationnalisation
- une adaptation du financement (notamment pour des expériences pilotes).

2. Point de départ

La présente proposition concrétise les principes de base contenus dans l'avis du 11/06/1998 à savoir:

- la décision d'intégrer la psychiatrie de liaison dans les programmes de soins somatiques à l'hôpital général (tant pour les hospitalisations programmées que pour les hospitalisations en urgence);
- le lien de collaboration fonctionnel nécessaire entre d'une part l'hôpital général et d'autre part, les acteurs des soins de santé mentale (service psychiatrique d'hôpital général – hôpital psychiatrique – centre de santé mentale);
- le caractère interdisciplinaire de la mission et de la composition de l'équipe nécessaire;
- la nécessité d'orienter la mission de liaison tant vers le patient et son environnement que sous la forme de conseils aux soignants et professionnels concernés par les soins;
- la nécessité de développer également la mission de la psychiatrie de liaison sous la forme de consultations multidisciplinaires spécifiques en polyclinique orientées vers les problématiques somatiques ayant des composantes psychiatriques;
- la nécessité d'orienter la mission de liaison tant vers la mise en place d'un plan pour le suivi des soins et la motivation du patient dans ce sens, que vers le soutien au médecin traitant.

En matière de groupes cibles et de missions de la psychiatrie de liaison, le point de départ est la description telle que formulée aux points 3.1., 3.2. et 3.3. de l'avis du 11/06/1998. La psychiatrie de liaison n'est pas en soi une offre de soins indépendante, mais est un élément de tout un programme de soins, qu'il s'agisse du groupe-cible des adultes, des personnes âgées ou des jeunes. La proposition de concrétisation formulée ci-dessous vise en premier lieu le groupe-cible des adultes (avec une transposition possible vers le groupe-cible des personnes âgées). Faisant suite à la demande des ministres Aelvoet et Vandenbroucke, un avis relatif au contenu du programme de soins pour le groupe-cible des jeunes est actuellement en préparation. Il comprendra un ajout spécifique reprenant les missions de liaison qui doivent être prévues pour ce groupe-cible (notamment vis-à-vis des services E et des centres de soins pré- et périnataux).

3. Proposition d'opérationnalisation et de financement de la psychiatrie de liaison en hôpital général

Il est proposé d'opérationnaliser les missions en matière de psychiatrie de liaison par le biais d'expériences pilotes. A partir de ces expériences pilotes, des conclusions adaptées pourront voir le jour en vue d'une généralisation. Les propositions envisagent une douzaine d'expériences pilotes d'une durée prévue de deux ans (renouvelable un an au maximum). Afin d'évaluer la pertinence des choix initiaux, différents éléments de concrétisation et de financement sont à prévoir. Il s'agit de:

- La réalisation de la mission de psychiatrie de liaison dans l'hôpital général sera un succès aux conditions que cette mission reçoive une réelle concrétisation dans le travail journalier de l'hôpital général. Simultanément, un lien peut être établi entre les soins à l'intérieur de l'hôpital général et les soins plus larges de santé mentale en dehors de l'hôpital général... Il est dès lors proposé que, dans la réalisation opérationnelle de la psychiatrie de liaison, il soit tenu compte de la nécessité de faire émerger ces deux composantes du travail de la mission de liaison.
- La réalisation de la mission de la psychiatrie de liaison doit obligatoirement passer par un lien de collaboration fonctionnelle réalisé à l'initiative de l'hôpital général concerné. Cette collaboration implique un ou plusieurs hôpitaux généraux dont au moins un hôpital général ayant un service hospitalier psychiatrie (lits A), au moins un hôpital psychiatrique et au moins un centre de santé mentale.
- Les hôpitaux généraux qui donc ont mis en place les liens de collaboration fonctionnelle décrits ci-dessus, doivent conclure une convention avec les ministres fédéraux compétents en matière de santé publique et en matière de fixation du budget des moyens financiers. Cette convention porte sur l'expérience pilote et la réalisation des missions de liaison.
- Les signataires de la convention sus-mentionnée devront s'entendre quant à la constitution de l'équipe, aux moyens mis en commun et à l'organisation pratique de l'équipe de liaison - Les patients pris en charge par l'équipe de liaison restent sous la responsabilité du médecin de l'unité d'hospitalisation (somatique). Ce dernier doit formuler la demande de la prise en charge par l'équipe de liaison.
- Les missions de liaison seront prises en charge par une équipe multidisciplinaire. Pour réaliser ses missions avec succès, celle-ci doit être intégrée au niveau des soins quotidiens aux patients dans le cadre des hôpitaux généraux. Concrètement, cela signifie que la direction et l'organisation du travail relève de l'hôpital général ainsi que l'embauche d'une part substantielle de cette équipe multidisciplinaire. Dans le même esprit, un psychiatre lié à l'hôpital général exerce la direction des aspects médicaux de l'équipe de liaison.
- L'équipe multidisciplinaire qui, au départ du lien de collaboration fonctionnel (HPSPHC-CSM), a en charge la psychiatrie de liaison dans les hôpitaux généraux est composée d'une part de médecins psychiatres et d'autre part d'autres membres de personnel ayant une formation comme psychologue clinicien, travailleur social, infirmière psychiatrique...
- Il est proposé que les coûts pour le personnel non médical de l'équipe multidisciplinaire tout comme les frais de fonctionnement de l'équipe globale soient financés via le prix de journée (partie B4) des hôpitaux généraux qui ont conclu la convention avec les ministres fédéraux compétents.

- Le total de l'équipe en personnel non médical destiné à la psychiatrie de liaison qui doit être financé de manière additionnelle peut être estimé sur la base d'un prorata de 1,5 équivalent temps plein pour 200 lits ou places hospitaliers aigus (à l'exception des lits A, T, K et E). Le financement du personnel d'encadrement sera réalisé à partir du coût réel de l'équipe multidisciplinaire ainsi qu'à partir de la date effective de leur entrée en fonction au sein de l'équipe de liaison.
- Pour la constitution de l'équipe, les différentes institutions signataires de l'accord de collaboration feront appel en leur sein au personnel le plus adéquat pour cette mission. Il est nécessaire que ce personnel ait de part son expérience clinique, une pratique de travail soite en Hôpital Générale, soite en Hôpital Psychiatrique soite en service ambulatoire de santé mentale. Ainsi dans les expériences pilotes l'objectif est que la moitié du personnel de l'équipe ainsi définie doit être affectée et détachée au départ des hôpitaux généraux qui participent à la collaboration fonctionnelle. L'autre moitié de ce cadre de personnel doit, pour 50 %, être affecté et détaché à partir des hôpitaux psychiatriques et, pour les 50 % restants, à partir de centres de santé mentale qui participent au lien de collaboration fonctionnelle pour la mission de liaison. Il est recommandé que les membres du personnel qui sont détachés des hôpitaux psychiatriques et des centres de santé mentale vers l'équipe multidisciplinaire restent partiellement en activité dans ces structures de soins de santé mentale.
- Pour assurer la composante médicale des soins directs aux patients dans le cadre de la mission de liaison, il sera fait appel à des médecins psychiatres liés au service psychiatrique de l'hôpital général, aux hôpitaux psychiatriques et aux centres de santé mentale. Pour rétribuer les activités de soins directs aux patients des médecins psychiatres qui participent à la réalisation de la notion globale de liaison, il est proposé de prévoir un code de nomenclature INAMI spécifique (cfr. les propositions de révision de l'honoraire de liaison proposées et approuvées à l'INAMI par le conseil technique médical de la commission médico-mutualiste).
- Ce code de nomenclature serait en outre utilisable uniquement pour des prestations médicales de liaison qui sont dispensées dans le cadre des collaborations fonctionnelles des psychiatries de liaison reconnues par l'autorité et conventionnées avec le ministre.

Par le biais de ces expériences pilotes, les aspects suivants de la mission de liaison seront concrètement rapportés, testés et évalués:

- l'intégration de la mission de liaison à l'intérieur de la structure globale de l'hôpital général (information concernant cette offre, par exemple dans l'information donnée aux patients, ...)
- la collaboration avec les disciplines somatiques et la mesure dans laquelle des stratégies de traitement sont proposées conjointement avec l'équipe de liaison
- la mesure dans laquelle un rapport écrit est systématiquement intégré dans le dossier patient au sujet des activités de liaison
- le screening psychiatrique systématique des patients qui ont fait une tentative de suicide
- la mesure dans laquelle il a été fait appel, dans l'hôpital général, aux consultants des hôpitaux psychiatriques et centres de santé mentale tout comme la mesure dans laquelle il y a eu transfert vers ces structures de soins de santé mentale pour la poursuite des soins
- l'organisation de formation, de tutorat et d'avis concernant la psychiatrie de liaison aux membres du personnel des sections somatiques

- la collaboration entre l'équipe de liaison et le service d'accompagnement des patients, le service social, ...

4. Mission de la fonction de liaison à destination de la santé mentale

En marge de cet avis, l'attention est attirée, non seulement, sur la nécessité d'une fonction de liaison en matière de soins psychiatriques à destination des services hospitaliers somatiques mais aussi sur la nécessité d'une mission de liaison en matière de soins somatiques à destination des services hospitaliers psychiatriques... Pour l'heure, l'accessibilité et le financement des soins somatique en général - en ce inclu, les aspect médico-techniques- ainsi que les soins spécialisés somatiques posent des problèmes aux hôpitaux psychiatriques.

Annexe:

- ***Projet d'avis relatif à la psychiatrie de liaison***
- ***Procès-verbal de la réunion plénière de la section « programmation et agrément » du Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) du 11 juin 1998***

CNEH – Groupe de travail Psychiatrie

PROJET D'AVIS RELATIF À LA PSYCHIATRIE DE LIAISON

Evaluation des besoins:

La littérature nationale et internationale et les données chiffrées disponibles démontrent que les problèmes de santé mentale reliés aux pathologies médicales (comorbidité – patients étant hospitalisés en milieu spécialisé non-psychiatrique), se montent à 20 ou 30 %. Il s'agit par exemple de troubles de l'humeur chez les patients atteints d'affections médicales chroniques (endocriniennes, rhumatismales, vasculaires), de troubles mentaux ou du comportement (maladies neurologiques dégénératives, vieillissement, affections cérébrales), stress posttraumatique (trauma consécutifs à un accident, à de la violence, ...) ou stress associés à des interventions (amputations, chimiothérapies, ...). Il s'agit aussi de pathologie ayant une étiologie psychosociale mais exigeant régulièrement une hospitalisation pour raison de complications somatiques, comme l'alcoolisme, les assuétudes ou les pathologies de type psychosomatique, chez des patients admis en hôpital général. Ceci vaut aussi bien pour les patients adultes que pour les enfants, les adolescents ou les personnes âgées.

Ces problèmes de "comorbidité médico-psychiatrique" augmentent le degré de difficulté du travail de l'équipe médicale en entraînent des coûts supplémentaires du fait d'une durée de séjour prolongée et de réadmissions fréquentes. Ces problèmes de comorbidité peuvent être pris en charge par une équipe de "psychiatrie de liaison", de manière complémentaire à l'intervention de l'équipe médico-chirurgicale. Ceci traduit une approche Bio-Psycho-Sociale de la médecine (cf. Belgian Association for the Development and the Study of Liaison Psychiatry and Psychological Medecine, I. Pelc, 1988).

Dans une évaluation récente réalisée en Belgique sur base de données RCM (Résumé Clinique Minimum), il a été mis en évidence que ces problèmes concernent au moins 12 % des patients hospitalisés à l'"Hôpital général" et ayant un diagnostic psychiatrique (diagnostic posé non pas par des médecins psychiatres mais par les médecins du service médicochirurgical lui-même). Ceci souligne l'importance des troubles psychiatriques évidents et lourds à l'Hôpital Général. Il est ainsi indispensable de prendre en considération la psychiatrie de liaison dans le "Nouveau Concept Hospitalier" et d'en définir les missions.

Principes de base pour la proposition d'une psychiatrie de liaison:

Dans l'état actuel des choses, un avis psychiatrique est financé une première fois lorsque le patient est admis (code INAMI: 59944, soit 944 fr.) et ensuite pour une consultation par semaine (code INAMI: 59946, soit 629 fr.). L'expérience montre que ce mode de financement est insatisfaisant pour couvrir les frais d'un tel traitement intensif (surtout en cas de consultations répétées lors des premiers jours d'hospitalisation) en rapport avec les tâches et les coûts de l'intervention de l'équipe soignante. Ainsi, un patient ayant fait une tentative de suicide et qui séjourne au service des soins intensifs, doit être examiné, soutenu et suivi (lui ou son entourage) au moment où il reprend conscience, et ceci de manière répétée au cours des premiers jours afin d'éviter que le patient quitte l'hôpital dans un état psychologique instable (avec le risque d'une récurrence à court terme). L'équipe de liaison devrait dans ce cas permettre d'orienter le patient vers des types de prise en charge plus adéquats (cf. Doc. de base).

Même les hôpitaux généraux disposant d'un service psychiatrique ne peuvent entreprendre cette fonction de psychiatrie de liaison pour l'ensemble de l'hôpital. De même, au cas où le Service de Psychiatrie de l'Hôpital Général (SPHG) peut stimuler, faciliter ou soutenir le développement de la psychiatrie de liaison, il faut bien constater que le personnel et les ressources du SPHG doivent être consacrées essentiellement aux soins et aux traitements des patients hospitalisés dans le service psychiatrique dudit hôpital général. A fortiori, dans les hôpitaux généraux ne disposant pas d'un service d'hospitalisation psychiatrique cette prise en charge n'est pas du tout réalisée. Ainsi, le développement de la psychiatrie de liaison est indispensable dans tout hôpital général. De ce fait, il est proposé que chaque hôpital puisse faire appel à l'intervention d'une équipe de psychiatrie de liaison constituée, selon le cas et les besoins locaux, d'un nombre d'ETP (équivalents temps plein) répartis parmi le personnel médico-psychiatrique, des psychologues, des infirmier(ère)s psychiatriques, des travailleurs sociaux, ... Les prestations de cette équipe seraient fournies à l'hôpital général dans le cadre d'une convention. Cette fonction de "Psychiatrie de liaison" devrait être mise en place dans le cadre d'une "Association", composée d'un Hôpital, un Service Psychiatrique en Hôpital Général ou d'un Hôpital Général disposant de la fonction "Psychiatrie de liaison", et d'un Centre de Santé Mentale.

Cette Association offrirait ses services à l'Hôpital Général et, selon le cas et les besoins, y détacherait son personnel le plus adéquat. Ceci devrait permettre de répondre à la diversité des besoins dans chaque situation spécifique. Cette équipe devrait pouvoir intervenir à titre de psychiatrie de liaison pour les patients hospitalisés ainsi que pour les patients de l'urgence de l'Hôpital Général, ceci en coordination avec les Centres d'Urgence-Crise, pour les cas d'urgence psychiatrique. L'équipe de psychiatrie de liaison peut également être appelée pour des patients venus en consultation à l'hôpital (par exemple dans le cadre d'une consultation polyclinique, multidisciplinaire). La mission de l'équipe de psychiatrie de liaison ne se limite pas aux patients, elle doit également représenter une aide pour les prestataires de soins et, si cela est souhaité par eux, également une aide aux médecins traitants qui s'occupent du patient, durant l'hospitalisation ou après celle-ci.

Aspects concrets de la proposition d'une psychiatrie de liaison

Au sein du Groupe psychiatrie-CNEH, est instauré un groupe ad hoc avec pour mission d'intégrer les activités psychiatriques dans l'Hôpital Général en conformité avec l'avis du CNEH du 12/7/97 dans le nouveau concept pour les Soins de Santé Mentale. Dans cette optique, une description plus concrète est détaillée ci-dessous sur la mission de liaison qui doit être intégrée dans les services d'hospitalisation somatique.

Les groupes cibles

Dans les services somatiques d'Hôpitaux Généraux, les 6 sous-groupes cibles suivants peuvent être distingués:

1) Patients ayant des plaintes somatiques participant d'une affection psychiatrique (par exemple: troubles paniques) et qui s'adressent à un prestataire de soins somatiques.

- 2) Patients à diagnostic somatique où un important versant psychosomatique existe (tels que: colite ulcéreuse, syndrome de fatigue chronique, asthme, ...).
- 3) Patients présentant une affection psychiatrique (par ex. de l'alcoolisme) et qui du fait de complications somatiques en rapport avec cette affection (par ex. cirrhose) font appel ou sont orientés vers un service somatique spécialisé de l'Hôpital Général.
- 4) Patients avec diagnostic somatique et/ou problèmes psycho-sociaux et de santé mentale associés (par ex. grands brûlés, cancers, trauma).
- 5) Patients psychiatriques adressés ou admis dans un service d'Hôpital Général pour mise au point diagnostique, traitement ou intervention somatiques sans rapport évident à la problématique psychiatrique (par ex. infarctus, cancer, ...). En principe, ces patients psychiatriques sont déjà pris en charge sur le plan de la santé mentale et il faut veiller à ne pas interrompre la continuité de cette prise en charge durant le séjour en Hôpital Général.
- 6) Les interventions de crise, les troubles majeurs du comportement, associés à une problématique médicale que ce soit dans un service d'Hôpital Général ou au service des urgences ou encore en situation d'urgence.

Nous mentionnons expressément qu'il n'est pas prévu dans le projet de psychiatrie de liaison d'installer une mission parallèle à celle qui est normalement attribuée aux Services Psychiatriques en Hôpital Général ou aux Hôpitaux Psychiatriques. Ainsi la fonction de liaison vient-elle en appui des services C et D existant.

La mission

La mission de psychiatrie de liaison est une mission concernant:

a) les prestataires de soins:

Une des missions importantes de la liaison doit être orientée vers les prestataires de soins: les médecins, les infirmiers, les paramédicaux, ... dans les services hospitaliers somatiques. Il s'agit ici d'une fonction de formation, de sensibilisation, dans une approche des aspects de soins de santé mentale au lit du patient. Cette mission peut être individuelle ou de groupe et doit également avoir pour but de permettre aux prestataires de soins de mieux connaître les problèmes de santé mentale du patient; de mieux les identifier et d'en tenir compte dans le plan des soins (tout en respectant celui-ci).

Cette mission est donc de soutien et complémentaire. Elle doit permettre aux prestataires de soins d'être plus à même de détecter les problèmes de santé mentale et psycho-sociaux des patients et de leur apporter une aide de première ligne. De plus, il faut rester vigilant aux effets d'une psychiatrisation abusive. Le soutien des prestataires professionnels peut, dans la mesure où cela est souhaité, être apporté aux médecins traitant des patients hospitalisés (lors de l'admission et du séjour du patient à l'hôpital, lors du retour et de la prise en charge à domicile, au cours du suivi dans le cadre de la prévention des rechutes ou encore à l'occasion d'une réadmission).

b) les patients:

La mission de psychiatrie de liaison mentionnée ici vise les "prestations de soins" directes au patient hospitalisé sous les formes suivantes:

- une consultation unique ou brève, par exemple observation ou orientation, indication et/ou mise au point diagnostique, intervention,
- une prise en charge et une guidance en psychiatrie de liaison au cours du séjour hospitalier;
- des interventions au service des urgences ou dans une situation d'urgence. Ceci orientera le patient vers une prise en charge psychiatrique urgente après un premier diagnostic provisoire.

Ces missions peuvent être mono- ou multidisciplinaires et doivent, dans la plupart des cas, concerner aussi l'"entourage" du patient. En tenant compte des situations forts variables et spécifiques dans lesquelles il est fait appel à l'équipe de psychiatrie de liaison, il est souhaitable que les membres de cette équipe possèdent une compétence et une pratique de la psychiatrie de

liaison et qu'ils poursuivent une formation continuée. Il faut donc prévoir une offre de formation appropriée ..

Par qui et comment la mission de liaison est-elle assumée

La mission de psychiatrie de liaison constitue un module des soins de santé mentale distinct et complémentaire de l'offre somatique actuelle et de l'offre des Services Psychiatriques en Hôpital Général. Cette mission doit être intégrée dans le cadre d'une convention engageant d'une part un ou plusieurs Hôpitaux Généraux et d'autre part, une collaboration fonctionnelle fournie par au moins un Centre de Santé Mentale, un Hôpital Psychiatrique et un Hôpital Général disposant d'un Service Psychiatrique. Ce module de "mission de liaison" est assuré par les instances prestataires de soins de santé mentale dans le cadre d'une collaboration fonctionnelle dans une structure juridique du type "Association".

Avec le développement de cette Association, il est souhaitable que les initiateurs de la plateforme de concertation fassent savoir qu'ils souhaitent prendre une initiative dans ce sens et sont ouverts à d'autres instances intéressées. Le financement résulte d'une augmentation des ressources humaines pour les instances prestataires de soins santé mentale existantes et participantes.

L'équipe de ce module est multidisciplinaire et contient un contingent d'équivalents-tempspleins devant provenir de disciplines diverses. Vu la diversité des demandes d'aide et la spécificité des qualifications souhaitées, l'association doit pouvoir faire appel à un large groupe de personnes, modulable selon la demande au cours du temps.

Au préalable, il faut mentionner dans la "convention" à quels actes (nature, intensité des activités) l'Association s'engage (vis-à-vis des prestataires de soins et les patients) et selon quelles modalités (adéquation, intégration) elle compte réaliser sa mission de liaison. Dans ce sens, il faut recommander que cette équipe de psychiatrie de liaison ait une permanence de présence dans l'hôpital.

Financement

Le financement se situe dans le cadre d'une mission de financement global (cf. Conventions INAMI) et est versée à l'Association (HP-SPHG et CSM) qui assure la mission de liaison auprès d'un ou plusieurs Hôpitaux Généraux dans le cadre de cette convention. Les hôpitaux qui font appel à l'équipe de psychiatrie de liaison ne peuvent plus revendiquer les honoraires INAMI actuels pour une consultation de liaison.

Le financement de la mission de psychiatrie de liaison doit être lié et adapté à l'ampleur de la mission et ceci par une pondération des services ou des programmes hospitaliers pour lesquels la mission a été mise sur pied. La fonction de psychiatrie de liaison ne peut pas, dans ces conditions, aboutir à une prolongation de la période d'hospitalisation. Au contraire, la détection précoce et adéquate des problématiques psychiatriques associées à la pathologie médicale doit aboutir, dans la plupart des cas, à une meilleure orientation du patient et ainsi raccourcir la durée d'hospitalisation.

Les moyens de financement de la mission de psychiatrie de liaison doit être générés par la récupération des moyens libérés par la baisse de la durée de séjour et la capacité en lits des Hôpitaux Généraux. Il ne peut exister de lien direct et individualisé avec l'évolution de la durée de séjour des Hôpitaux Généraux participants.

Pour un ETP (équivalent-temps-plein), on prend comme point de départ un coût salarial de 2.3 millions de francs (par ex. 1/3 médecin, 2/3 psychologue, infirmier ou paramédical). Si l'on prend comme point de départ une équipe psychiatrique équivalent à un ETP pour +/- 100 lits d'hospitalisation somatique aiguë, cela représente une dépense totale maximale de 1.3 milliard soit +/- 1 % des dépenses totales du budget du prix de journée pour les Hôpitaux Généraux.

Démarrage

Cette mission de liaison s'inscrit dans le développement des circuits de soins intégrés dans les soins de santé mentale. En tenant compte du caractère innovant, aussi bien sur les plans du contenu, qu'organisationnel ou financier, il serait souhaitable que cette proposition débute par une phase expérimentale avant qu'elle ne connaisse une application générale.

PV/79

REUNION DU 11/06/1998:

PRESENTS: Président du Conseil: Pr. J. PEERS

Section "Programmation et Agrément":

Président: BOONEN C.

Vice-présidents: BAEYENS J-P., BECKERS L., COLLARD M.

Membres: BLOCKX P., COCHE E., BOUFFIOUX C., HEUSGHEM C., DENEÉ C., COLPAERT L., MAHLER K., DEVOS D., VAN CAMP J., KNAPEN J., MERTES I., HASARD D., MESSENS Y., BURY J.

Administration: HUBERT V. HAUZEUR C.

Observateurs: WINNEN G.

EXCUSES:

Section "Programmation et Agrément":

Vice-présidents: PRAET J-C.

Membres: BLOCKX P., DE TOEUF J., MINDLIN A., DUGAUQUIER A., ENGELBRECHT., VAN DROOGENBROECK M., HEUSGHEM C., DEVOS D., CLAEYS D., HEUSCHEN W., MERTES I.,
Administration: DECOSTER C.

Extrait du procès-verbal de la réunion plénière de la section "Programmation et Agrément" du Conseil national des Etablissements Hospitaliers (CNEH) du 11 juin 1998.

3. Projet d'avis "Psychiatrie de liaison"

Le Professeur Pelc expose le projet d'avis relatif à la psychiatrie de liaison à l'aide du projet de texte. On insiste sur les points suivants:

- la fréquence de comorbidité entre les affections somatiques et psychiques. On suppose une prévalence de 20 à 30 %;
- l'intégration de la psychiatrie de liaison dans le nouveau concept hospitalier;
- le financement actuellement insuffisant par le biais de la nomenclature, ce qui ne facilite pas la thérapie intensive souvent nécessaire pendant les premiers jours;
- le constat que la comorbidité psychiatrique allonge la durée de séjour;
- le fait que, dans cet avis, la psychiatrie de liaison soit structurée comme une fonction psychiatrique pouvant fonctionner sous la forme de réseaux. A cet égard, il figure une erreur à la page 2, § 5 de la version française. Dans la deuxième phrase, "service psychiatrique" est remplacé par "fonction psychiatrique";
- l'introduction souhaitée par l'intermédiaire de projets pilotes;
- le coût estimé de 1,3 milliard FB.

Un membre demande si ce concept sera mis en œuvre sur une base volontaire ou non et quelles seront les plus-values et/ou limites de ce concept pour les services A. On répond qu'il sera mis en œuvre sur une base volontaire. En outre, ce concept nous offre l'avantage que l'on peut éviter l'admission, en section de médecine interne, d'un patient présentant un trouble psychiatrique. Vu la pénurie de lits A, on peut résoudre ce problème par le biais de la psychiatrie de liaison. L'intervenant a également des doutes quant au mode de financement. Il y a lieu de libérer des moyens financiers en réduisant le nombre de journées d'hospitalisation en hôpitaux généraux, il n'est toutefois pas facile de réaliser cette réduction.

Enfin, l'intervenant estime que cet aspect devrait plutôt être traité par la section "Financement" du CNEH. On fait remarquer que le groupe de travail permanent "Psychiatrie" a pour mission de se prononcer à la fois sur la programmation et sur le financement de son domaine de compétences. Un membre a déjà acquis une expérience en matière de psychiatrie de liaison et souhaite soutenir ce concept. On explique qu'elle a été bénéfique à de nombreux patients et que l'on constate une diminution de la durée de séjour. Un point positif supplémentaire est que la fonction de liaison est également à la disposition des prestataires de soins. L'intervenant est donc partisan de l'introduction de la psychiatrie de liaison. On recommande d'instaurer une structure similaire à la structure de la fonction oncologique (avis relatif à l'oncologie dans le cadre du nouveau concept hospitalier).

Le président du CNEH se rallie à ce point de vue. Toutefois, il convient d'examiner en profondeur si cet avis peut s'inscrire dans le cadre du nouveau concept hospitalier. Le concept dont question doit être analysé dans l'optique des programmes. D'après le membre qui présente le projet d'avis, cela figure déjà dans la partie 3.3 du dernier paragraphe de l'avis.

On se demande si le modèle présenté est bien le modèle souhaité. Dans l'avis, on opte pour un modèle externe. Une alternative consisterait à développer la psychiatrie de liaison dans chaque hôpital. D'autres membres sont partisans de l'idée d'accorder davantage de compétences à l'hôpital même.

En ce qui concerne le mode de financement, on juge inopportun de financer la psychiatrie de liaison par la réduction éventuelle (et improbable) du nombre de journées d'hospitalisation. Il convient de demander un budget supplémentaire pour la psychiatrie de liaison.

Sur la proposition du président de la section « Agrément et Programmation », il est décidé:

1. que le principe de la psychiatrie de liaison fait l'objet d'une évaluation positive,
2. que les moyens nécessaires pour la concrétisation de ce projet ne peuvent pas provenir simplement de la réduction du nombre de journées d'hospitalisation, mais qu'il y a lieu de débloquer des moyens supplémentaires,
3. que, vu les remarques formulées relatives à la structure, le concept sera évalué et intégré dans le nouveau concept hospitalier. Le groupe de travail « hôpital général » de la section « Agrément et Programmation » sera reconvoqué à cet effet.

6.3. Avis concernant la fonction psychologique à l'hôpital général et psychiatrique

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 13/11/2003

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/PSY/228-2 (*)

AVIS CONCERNANT LA FONCTION PSYCHOLOGIQUE A L'HOPITAL GENERAL ET PSYCHIATRIQUE

LE PRÉSIDENT,

Pr. J. JANSSENS

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 13 novembre 2003.

I. INTRODUCTION

1.1. Mission

Dans le cadre de l'année de la santé mentale, Madame la Ministre M. Aelvoet et Mr le Ministre F. Vandenbroucke ont demandé au Président du CNEH (Prof. J. Peers) un avis motivé concernant l'exercice de la psychologie clinique à l'hôpital, tant général que psychiatrique. Lors d'une rencontre avec le Groupe permanent psychiatrie du CNEH le 21 06 2002, Mr B. Cools, attaché de cabinet auprès de Mme la Ministre Aelvoet, précisait qu'il s'agissait d'une demande concernant aussi bien l'hôpital général que l'hôpital psychiatrique.

1.2. Composition du groupe de travail

Un groupe de travail ad hoc fut alors constitué qui comprenait:

J.P. Roussaux (Président)

A. Appart

P. Delvaux

C. D'Espallier

P. Igodt

J. Boydens

Ph. Marroyen

J. Van Holsbeke

I. Pelc

M Vandervelden

J. Wilmotte

Pour l'administration: J. Holsbeek

1.3. Réunions

Le groupe s'est réuni à 6 reprises en séance de travail, les 02 07 02, 17 09 02, 15 10 02, 13 11 02 (avec experts invités), 11 12 02, 14.03.03 (avec R. Derycke et Sœur C. Bostijn), 11.06.03.

L'avis a été discuté extensivement avec l'ensemble du groupe permanent psychiatrie du CNEH les 21.02.03, 16.05.03 et 21.06.03.

1.4. Personnes ressources

Les personnes ressources suivantes ont été reçues le 13 11 02 par le groupe ad hoc:

Mme van den Bosch Micheline. Clin. Univ. St Luc. Coordinatrice des psychologues

Mme Delvaux Nicole. Hôp. Univ. Erasme. Chef de service de psychologie

Mr Flahaut Dominique. Président de l'Association des psychologues d'institutions hospitalières (APIH)

Mr Lotin Thierry. Vice-président APIH

Mr Priels Jean-Marc. Vice-président de la Fédération belge des psychologues (FBP-BFP)

Mr Wuyts Yves. Psychologue V.V.I.

Excusé: Prof. Corveleyn Joseph. Doyen de la faculté 'psychologie et pédagogie' de la K.U. L.

1.5. Références bibliographiques

Les documents suivants ont été compulsés et utilisés:

1. La place des psychologues et de l'accompagnement psychologique dans les hôpitaux. Résultats de l'enquête réalisée en 2001 par le Ministère de la Santé Publique relative aux actes non-médicaux à l'hôpital (général).

2. Avis relatif au travail social dans le secteur des soins de santé mentale (CNEH 12 07 2001)

3. Monographie de description de fonction du psychologue hospitalier. Hutschemaeckers, 2^{ème} éd. 2001 – Association des psychologues d'institutions hospitalières.

4. De klinisch psycholoog in het algemeen ziekenhuis. L. Jabaaij, I. Goudriaan, G. Hutschemaeken. Trimbos-instituut, Utrecht, 2000;

5. De Klinisch psycholoog in het algemeen, academisch en categoriaal ziekenhuis. Sectie PAZ, Nederlands Instituut van Psychologen, Amsterdam, 1997.

Nous référons aux bibliographies très complètes reprises en annexe des deux derniers documents.

6. Nationale Raad voor volksgezondheid (NI), Advies klinisch psycholoog in ziekenhuizen en verpleeghuizen, 14 januari 1988

7. Voorstel tot financiering van klinisch Psychologen in Algemene Ziekenhuizen. Commissie ziekenhuis psychologen. Belgische Federatie van Psychologen. 2002

II. SITUATION DU PROBLEME ET OBJECTIFS

D'un point de vue général, l'aide apportée aux patients hospitalisés en HP ou en HG doit s'intégrer dans une perspective bio-psycho-sociale, qui doit constituer le cadre de référence pour chaque intervenant hospitalier. En ce sens, il doit être constaté que les différents groupes professionnels collaborent déjà à la réalisation de cet objectif. Pour la réalisation d'aspects spécifiques de l'aide psychologique, il convient de les confier au groupe professionnel que constituent les psychologues et les assistants en psychologie à l'hôpital.

A l'intérieur de l'hôpital (HP et HG), ce groupe des psychologues et des assistants en psychologie délivre diverses formes d'aide aux patients hospitalisés (soins directs) mais aussi interviennent à différents niveaux pour le soutien et l'aide à d'autres groupes professionnels de l'hôpital. L'intégration des psychologues et des assistants en psychologie dans le travail interdisciplinaire à l'hôpital général et psychiatrique a connu un développement très important dans ces dernières années. Parallèlement, une identité professionnelle et une conscience accrue de leur rôle se sont affirmées. Comme l'a révélé l'enquête de 2001 réalisée par le Ministère de la santé publique, les tâches et l'organisation des psychologues s'avèrent très diverses au sein des différentes institutions.

Le psychologue n'est jamais un travailleur isolé. Il fait toujours partie d'une équipe fonctionnelle pluridisciplinaire, elle-même coordonnée par un responsable (soit chef d'équipe, d'unité ou de service). Pour sa fonctionnalité quotidienne, le psychologue ou l'assistant en psychologie exerce son activité au sein de son équipe de référence et relève du chef d'équipe pour l'organisation de son travail (horaire, orientation et contenu du travail). Ainsi, par exemple, le psychologue attaché à la revalidation cardiaque organise son travail en relation avec le médecin responsable de la revalidation cardiaque.

A la lumière du développement progressif des programmes de soins en psychiatrie axés sur les groupes cibles et dépassant le cadre des établissements, le psychologue et l'assistant en psychologie de par sa formation spécifique, s'intéressera à la dimension psychologique à travers les différentes phases du programme de soins. Le psychologue et l'assistant en psychologie ne pourra assumer sa mission que s'il s'intègre dans une équipe interdisciplinaire de soins et qu'il peut aussi compter sur une forme d'organisation spécifique qui assure le soutien à la discipline, l'évaluation, le contrôle de la qualité, la formation continue et le développement des compétences spécifiques.

Actuellement, la dimension psychologique au sein du dispositif de soins en santé mentale est principalement soutenue par le biais de la mission et du fonctionnement des services psychiatriques hospitaliers. A l'avenir leur mission fera partie d'un programme global de soins axés sur les groupes cibles. L'hospitalisation elle-même ne constituera pas un élément isolé et devra pouvoir s'intégrer à ce qui précède et à ce qui suit cette phase de soins dans le programme. Dans le cadre d'un programme de soins, l'hospitalisation restera bien évidemment un événement important pour les personnes présentant des troubles psychiques. Dans le même temps, il faudra élargir l'horizon du travail psychologique et réorienter le cadre lié aux missions hospitalières vers une perspective axée sur l'utilisateur et le trajet de soins, dans une perspective bio-psycho-sociale.

III. ACTIVITES DES PSYCHOLOGUES ET FONCTION PSYCHOLOGIQUE

A. Brève description des différentes missions assurées par les psychologues à l'hôpital

1. La mission thérapeutique (plus spécifiquement psychothérapeutique, selon différentes modalités) mais aussi de soutien, d'accueil, etc. s'exerce auprès du patient dans les différents services d'hospitalisation psychiatrique (en HP et en HG) et dans les différents services « somatiques » de l'H.G. Le nombre de psychologues et d'assistants en psychologie engagés dans cette activité a tendance à croître, étant donné la demande accrue (tant des médecins que des patients).
2. La mission psycho-éducative et de prévention est également importante et croissante vis-à-vis des patients hospitalisés et de leur famille. En particulier la psychologie de la santé (évitement des comportements à risque) a pris un essor considérable ces dernières années

3. La mission d'évaluation, testing, aide au diagnostic: passation d'échelles évaluatives, tests neuropsychologiques et projectifs, rédaction d'avis et de rapports.
4. Soutien et intervision dans les équipes soignantes: cette mission s'exerce lors des réunions de l'équipe thérapeutique, (avec le psychologue intégré dans l'équipe pluridisciplinaire) ou encore lors d'une réunion spécifique autour d'enjeux psychologiques ou éthiques rencontrés par l'équipe. Particulièrement, les psychologues seront chargés de l'accueil et de la supervision des stagiaires en psychologie.

N.B. Les missions reprises ci-après dans lesquelles sont employés les psychologues à l'hôpital ne seront pas envisagées ici car elles ne constituent pas l'objet de cet avis:

- cellules d'emploi (DRH)
- prévention du harcèlement sexuel et moral
- recherche (particulièrement dans les hôpitaux universitaires)
- programmes d'assistance psychologique aux employés

B. Contenu et organisation de la fonction psychologique

Nous décrivons la fonction psychologique selon les axes distincts: d'une part les activités orientées directement vers le patient dans les différents services ou programmes de l'institution, d'autre part les tâches liées à l'existence du groupe professionnel lui-même (qualité – organisation – etc.).

1. Activités liées aux soins directs au patient et au soutien à l'équipe. Tout comme les autres groupes professionnels actifs dans l'hôpital, les psychologues et les assistants en psychologie exercent au sein d'équipes fonctionnelles multidisciplinaires. Pour les aspects organisationnels du travail clinique, les psychologues dépendent du responsable, désigné par la direction de l'hôpital, de l'unité clinique dans laquelle ils exercent leurs activités de soins.
2. Activités liées au groupe professionnel. Du point de vue du groupe professionnel, il y a lieu de mettre sur pied une coordination de l'ensemble des psychologues et des assistants en psychologie employés par une institution. Cette coordination a différents objectifs:
 - Intégrer les apports et les avancées de la science psychologique dans les soins offerts à l'hôpital.
 - Prendre des initiatives afin de réduire autant que possible la dispersion des psychologues et des assistants en psychologie dont le temps est émietté entre différents services ou programmes; ainsi augmenter et garantir la qualité du service presté.
 - Suivre la littérature spécialisée d'un point de vue administratif et scientifique (livres et revues), évaluer et actualiser les méthodes utilisées pour le testing, encourager l'utilisation rationnelle des moyens informatiques (psychodiagnostic, dossier, etc.)
 - Organiser des rencontres formelles et structurées entre les psychologues et les assistants en psychologie d'une même institution ou d'un même réseau, afin de promouvoir l'application de nouvelles méthodes, la discussion de cas ou de problèmes, etc.
 - Evaluer globalement la qualité et les effets de l'aide psychologique au niveau de l'hôpital ainsi que l'apport d'activités particulières de chaque psychologue individuellement.

IV. RECONNAISSANCE DE LA 'FONCTION PSYCHOLOGIQUE' EN TANT QUE FONCTION DE L'HOPITAL

Nous proposons d'assurer l'activité de base auprès des patients et la réalisation d'une coordination structurée des psychologues et des assistants en psychologie par la création d'une 'fonction psychologique' reconnue en tant que fonction spécifique de l'hôpital. L'existence de cette fonction psychologique serait rendue obligatoire par l'inscription de cette exigence dans les normes générales

d'agrément de chaque hôpital. La mise sur pied et la bonne marche d'une fonction psychologique de haut niveau recevraient ainsi une base légale, par analogie aux autres fonctions hospitalières déjà reconnues (pharmacie, fonction sociale, etc.).

Cette fonction psychologique devra mettre en œuvre les deux tâches principales décrites ci-dessus, la tâche 'clinique' et la tâche 'professionnelle'. Chaque psychologue et assistant en psychologie qui est en charge de soins aux patients dans l'institution devra être inscrit dans cette fonction psychologique. Afin de garantir l'apport spécifique de cette fonction psychologique, elle devrait être placée dans l'hôpital directement sous la responsabilité de la direction générale, qui assurera la mise en route et la bonne marche de la fonction.

V. LE COORDINATEUR DE LA FONCTION PSYCHOLOGIQUE

La responsabilité des aspects 'professionnels' de la réalisation de la fonction psychologique doit être confiée à un psychologue avec une formation ou de l'expérience clinique, désigné comme coordinateur de la fonction psychologique. Il veillera à assurer l'organisation de réunions cliniques entre les psychologues de l'institution, la supervision régulière des stagiaires psychologues, l'intervision et la formation professionnelle continue des psychologues. Il veillera en outre à assurer dans la mesure du possible la continuité des soins psychologiques assurés par les psychologues dans le cadre de leur insertion en équipe multidisciplinaire. Le coordinateur de la fonction psychologique veillera particulièrement à l'évaluation de la qualité des soins psychologiques, l'application et l'introduction de nouvelles techniques ou de nouvelles conceptions en psychologie, qui constitueraient un progrès pour l'institution. Le coordinateur veillera également à répercuter auprès des psychologues les attentes des intervenants d'autres disciplines (médecins, infirmières, etc.). Le coordinateur prendra les initiatives nécessaires pour optimiser l'apport des psychologues dans les activités de soins dans les services, les programmes et les circuits. Le soutien au travail intégré dans les équipes multidisciplinaires sera ici de la plus haute importance. Le coordinateur devra disposer de moyens logistiques adaptés à sa mission: bureau, matériel informatique, éventuellement aide secrétariale.

VI. RENFORCEMENT ET FINANCEMENT DU CADRE GLOBAL EN MATIERE DE PERSONNEL 'PSYCHOLOGUE' DANS LES SERVICES HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES ET DANS L'HOPITAL GENERAL

A. Types actuels de financement des psychologues

Aujourd'hui, diverses sources de financement peuvent être identifiées:

1. à partir du budget des moyens financiers (25.04.02):

- a) service de Psychiatrie A/a, T/t, K/k. (en hôpital général ou en hôpital psychiatrique)
- b) services de soins SP palliatifs et psychogériatrique
- c) centres hospitaliers pour la médecine de la fertilité ou de la reproduction
- d) revalidation des patients cardiaques
- e) oncologie des enfants

2. dans le cadre de conventions de rééducation avec l'INAMI. par ex.: O.R.L., réadaptation locomotrice et neurologique, fatigue chronique, diabétologie, douleur chronique

3. à charge des honoraires médicaux ou du cadre du personnel de l'hôpital (salarie ou indépendant, avec ou sans participation financière du patient pour les prestations)

4. Financement spécifique (association de patients, COCOF, FNRS etc.) pour s'occuper de pathologies spéciales (greffe hépatique, oncologie, toxicomanie) ou de programmes de recherche

B. Renforcement et financement

Le financement actuel, en partie dépendant des initiatives de chaque institution, ne permet qu'imparfaitement de rencontrer certains besoins particuliers, sans assurer une efficacité suffisante et une cohérence de la fonction psychologique de base. Dans le cadre actuel de l'organisation des soins et dans la perspective du développement des circuits et des réseaux de soins, il est d'ores et déjà nécessaire d'assurer le soutien centralisé du travail psychologique par le biais d'une fonction

psychologique. En outre cette dernière doit concentrer les connaissances et les compétences afin de garantir le soutien mutuel et de stimuler le développement et l'approfondissement des compétences propres. Le renforcement de l'encadrement et le développement du travail effectué par la fonction psychologique garantit une contribution suffisamment importante et pertinente de la dimension du travail psychologique dans la nouvelle matrice organisationnelle des soins, qui devra être réalisé dans les programmes de soins axés sur les groupes cibles et qui dépassent le cadre des établissements psychiatriques et des services psychiatriques en hôpital général. L'extension de l'encadrement en personnel est plus que nécessaire vu, d'une part, les évolutions dans le domaine des soins, les attentes élevées et, d'autre part, le fait que les normes relatives à l'encadrement psychologique n'ont jamais été adaptées dans les services hospitaliers psychiatriques. Nous proposons que le financement de la fonction psychologique rendue obligatoire par les normes générales d'agrément, soit accordé immédiatement et complètement à l'ensemble des hôpitaux généraux et psychiatriques. Cette dotation doit être considérée comme un minimum absolu, accordé à chaque hôpital, et ne préjuge en rien du personnel psychologue supplémentaire qui doit être accordé en raison d'activités cliniques spécifiques telles que présentées plus haut (hématologie pédiatrique, soins palliatifs, etc.). Dans le cas de missions spécifiques particulières à différents services ou à des caractéristiques de population, il y a lieu de prévoir un financement particulier supplémentaire destiné à couvrir ces activités particulières, qui viennent s'ajouter aux activités ordinaires décrites plus haut en tant que fonction psychologique. Il convient en ce sens de rappeler l'avis du groupe permanent de psychiatrie du CNEH concernant la fonction sociale dans l'hôpital ou de ce qui est déjà aujourd'hui prévu dans les normes générales d'agrément concernant le cadre intermédiaire infirmier ou encore la formation continue. En vue de renforcer significativement la fonction psychologique à l'hôpital, une mise à disposition de psychologues pour l'ensemble des services hospitaliers devrait être envisagée de façon structurelle. Cette dotation hospitalière par nombre de lit peut être estimée à 1 ETP psychologue par 150 lits et places. Cet apport supplémentaire en personnel psychologue n'est pas destiné à remplacer du personnel déjà financé comme énuméré dans le point VI. A. Le financement du coordinateur est inclus dans le financement global de la fonction psychologique. Le temps passé par le coordinateur à sa tâche spécifique de coordination sera fonction de la taille de l'hôpital.

VII. CONCLUSIONS

Le groupe permanent psychiatrie conseille de renforcer de façon significative et d'organiser l'apport des psychologues et des assistants en psychologie à l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique par la création d'une fonction psychologique, rendue obligatoire dans le cadre des normes générales d'agrément des hôpitaux. Pour correspondre aux besoins actuels de la médecine spécialisée, de la psychiatrie, et à la demande des patients d'une meilleure qualité du séjour hospitalier, il apparaît nécessaire de financer de façon structurelle à partir du budget des moyens financiers, un renforcement de la fonction psychologique dans chaque hôpital. Cette fonction psychologique de base a été estimée à 1 ETP/150 lits et places, ce qui constitue un minimum absolu, sur lequel viennent se greffer des renforcements pour des missions cliniques spécifiques déjà prévues dans le budget. En vue d'organiser la fonction psychologique à l'hôpital, chaque psychologue et chaque assistant en psychologie participerait d'une double articulation de son activité, d'une part à une fonction psychologique coordonnée par un psychologue et d'autre part à une équipe thérapeutique fonctionnelle multidisciplinaire. La direction générale est responsable de la mise route et du bon fonctionnement de la fonction psychologique. Les différentes fonctions du coordinateur de la fonction psychologique ont été décrites. A cet égard, il faut souligner que:

Le conseil ne juge acceptable d'imposer l'avis relatif à l'adaptation des normes d'agrément générales des hôpitaux (tant les hôpitaux généraux que les hôpitaux psychiatriques) aux hôpitaux que si un financement adéquat de la « fonction psychologique » proposée est garanti.

La responsabilité du directeur général de l'hôpital de veiller au bon fonctionnement et de la réalisation des objectifs de la fonction psychologique proposée. Dès lors, l'avis ne se prononce pas sur la façon dont cette fonction psychologique doit être intégrée dans l'organigramme de chaque hôpital. Ici aussi, il incombe à chaque directeur général de prévoir le positionnement le plus approprié pour son hôpital. Les missions visées par la fonction psychologique sont axées sur les soins directs aux patients. Dans ce sens, les missions de la fonction psychologique décrites dans l'avis doivent toujours être considérées, pour ce qui concerne les membres du personnel des équipes pluridisciplinaires, comme

une contribution à la réalisation des soins dispensés aux patients hospitalisés et non pas comme une contribution à la politique de personnel.

6.4. Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe; Relever les défis, trouver des solutions



WHO European Ministerial Conference on Mental Health

Facing the Challenges, Building Solutions

Helsinki, Finland, 12–15 January 2005



EUR/04/S047810/7

14 January 2005

52671

ORIGINAL: ENGLISH

Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions

This Action Plan is endorsed in the Mental Health Declaration for Europe by ministers of health of the Member States in the WHO European Region. They support its implementation in accordance with each country's needs and resources.

The challenges over the next five to ten years are to develop, implement and evaluate policies and legislation that will deliver mental health activities capable of improving the well-being of the whole population, preventing mental health problems and enhancing the inclusion and functioning of people experiencing mental health problems. The priorities for the next decade are to:

- i. foster awareness of the importance of mental well-being;
- ii. collectively tackle stigma, discrimination and inequality, and empower and support people with mental health problems and their families to be actively engaged in this process;
- iii. design and implement comprehensive, integrated and efficient mental health systems that cover promotion, prevention, treatment and rehabilitation, care and recovery;
- iv. address the need for a competent workforce, effective in all these areas;
- v. recognize the experience and knowledge of service users and carers⁶ as an important basis for planning and developing services.

This Action Plan proposes ways and means of developing, implementing and reinforcing comprehensive mental health policies in the countries of the WHO European Region, requiring action in the 12 areas as set out below. Countries will reflect these policies in their own mental health strategies and plans, to determine what will be delivered over the next five and ten years.

⁶ The term "carer" is used here to describe a family member, friend or other informal care-giver.

1. Promote mental well-being for all

Challenge

Mental health and well-being are fundamental to quality of life, enabling people to experience life as meaningful and to be creative and active citizens. Mental health is an essential component of social cohesion, productivity and peace and stability in the living environment, contributing to social capital and economic development in societies. Public mental health and lifestyles conducive to mental well-being are crucial to achieving this aim. Mental health promotion increases the quality of life and mental well-being of the whole population, including people with mental health problems and their carers. The development and implementation of effective plans to promote mental health will enhance mental well-being for all.

Actions to consider

- i. Develop comprehensive strategies for mental health promotion within the context of mental health, public health and other public policies that address the promotion of mental health across the lifespan.
- ii. Adopt promotion of mental health as a long-term investment and develop education and information programmes with a long time frame.
- iii. Develop and offer effective programmes for parenting support and education, starting during pregnancy.
- iv. Develop and offer evidence-based programmes that foster skills, provide information and focus on resilience, emotional intelligence and psychosocial functioning in children and young people.
- v. Improve access to healthy diets and physical activity for older people.
- vi. Promote community-based multilevel interventions involving public awareness campaigns, primary care staff and community facilitators such as teachers, clergy and the media.
- vii. Integrate mental health promotion components into existing generic health promotion and public health policies and programmes, such as those supported by WHO health promoting networks.
- viii. Encourage the consumption of healthy products and reduce the intake of harmful products.
- ix. Create healthy workplaces by introducing measures such as exercise, changes to work patterns, sensible hours and healthy management styles.
- x. Offer effective mental health promotion activities to groups at risk such as people with enduring mental or physical health problems and carers.
- xi. Identify clear mechanisms for empowering the population to take responsibility for health promotion and disease prevention targets, for example by heightening public awareness of the importance of life choices.

2. Demonstrate the centrality of mental health

Challenge

Mental health is central to building a healthy, inclusive and productive society. Sound and integrated public policies, such as those on labour, urban planning and socioeconomic issues, also have a positive impact on mental health and reduce the risk of mental health problems. The mental health implications of all public policy, and particularly its potential impact on groups at risk, therefore need to be considered. Mental health policy requires intersectoral linkages and should incorporate multisectoral and multidisciplinary approaches.

Actions to consider

- i. Make mental health an inseparable part of public health.
- ii. Incorporate a mental health perspective and relevant actions into new and existing national policies and legislation.
- iii. Include mental health in programmes dealing with occupational health and safety.

- iv. Assess the potential impact of any new policy on the mental well-being of the population before its introduction and evaluate its results afterwards.
- v. Give special consideration to the relative impact of policies on people already suffering from mental health problems and those at risk.

3. Tackle stigma and discrimination

Challenge

Mental health policy development and implementation must not be jeopardized by the widespread stigma attached to mental health problems that leads to discrimination. In many instances, people with mental health problems suffer from a lack of equal opportunities because of such discrimination. Human rights and respect for people with mental health problems must be protected. Empowerment is a crucial step towards meeting these objectives, as it enhances integration and social inclusion. The lack of empowerment of service users' and carers' organizations and poor advocacy hinder the design and implementation of policies and activities that are sensitive to their needs and wishes. The exclusion experienced by mental health service users, whether in asylums and institutions or in the community, needs to be tackled in a variety of ways.

Actions to consider

- i. Instigate activities to counter stigma and discrimination, emphasizing the ubiquity of mental health problems, their general good prognosis and treatability, and the fact that they are rarely associated with violence.
- ii. Introduce or scrutinize disability rights legislation to ensure that it covers mental health equally and equitably.
- iii. Develop and implement national, sectoral and enterprise policies to eliminate stigma and discrimination in employment practices associated with mental health problems.
- iv. Stimulate community involvement in local mental health programmes by supporting initiatives of nongovernmental organizations.
- v. Develop a coherent programme of policy and legislation to address stigma and discrimination, incorporating international and regional human rights standards.
- vi. Establish constructive dialogue with the media and systematically provide them with information.
- vii. Set standards for representation of users and their carers on committees and groups responsible for planning, delivery, review and inspection of mental health activities.
- viii. Stimulate the creation and development of local and national nongovernmental and service user-run organizations representing people with mental health problems, their carers and the communities they live in.
- ix. Encourage the integration of children and young people with mental health problems and disabilities in the regular educational and vocational training system.
- x. Establish vocational training for people suffering from mental health problems and support the adaptation of workplaces and working practices to their special needs, with the aim of securing their entry into competitive employment.

4. Promote activities sensitive to vulnerable life stages

Challenge

Infants, children and young people, and older people are particularly at risk from social, psychological, biological and environmental factors. Given their vulnerability and needs, young and older people should be a high priority for activities related to the promotion of mental health and the prevention and care of mental health problems. However, many countries have inadequate capacity in this area, and services and staff are often poorly prepared to deal with developmental and age-related problems. In particular, disorders in childhood can be important

precursors of adult mental disorders. Supporting the mental health of children and adolescents should be seen as a strategic investment which creates many long-term benefits for individuals, societies and health systems.

Actions to consider

- i. Ensure that policies on mental health include as priorities the mental health and wellbeing of children and adolescents and of older people.
- ii. Incorporate the international rights of children and adolescents and of older people into mental health legislation.
- iii. Involve young people and older people as much as possible in the decision-making process.
- iv. Pay special attention to marginalized groups, including children and older people from migrant families.
- v. Develop mental health services sensitive to the needs of young and older people, operated in close collaboration with families, schools, day-care centres, neighbours, extended families and friends.
- vi. Promote the development of community centres for older people to increase social support and access to interventions.
- vii. Ensure that age- and gender-sensitive mental health services are provided by both primary care and specialized health and social care services and operate as integrated networks.
- viii. Restrict institutional approaches for the care of children and adolescents and older people that engender social exclusion and neglect.
- ix. Improve the quality of dedicated mental health services by establishing or improving the capacity for specialized interventions and care in childhood and adolescence and old age, and by training and employing adequate numbers of specialists.
- x. Improve coordination between organizations involved in alcohol and drugs programmes and children's and adolescents' health and mental health at national and international levels, as well as collaboration between their respective networks.
- xi. Ensure parity of funding in relation to comparable health services.

5. Prevent mental health problems and suicide

Challenge

People in many countries are exposed to harmful stress-inducing societal changes that affect social cohesion, safety and employment and lead to an increase in anxiety and depression, alcohol and other substance use disorders, violence and suicidal behaviour. The social precipitants of mental health problems are manifold and can range from individual causes of distress to issues that affect a whole community or society. They can be induced or reinforced in many different settings, including the home, educational facilities, the workplace and institutions. Marginalized and vulnerable groups, such as refugees and migrant populations, the unemployed, people in or leaving prisons, people with different sexual orientations, people with physical and sensorial disabilities and people already experiencing mental health problems, can be particularly at risk.

Actions to consider

- i. Increase awareness of the prevalence, symptoms and treatability of harmful stress, anxiety, depression and schizophrenia.
- ii. Target groups at risk, offering prevention programmes for depression, anxiety, harmful stress, suicide and other risk areas, developed on the basis of their specific needs and sensitive to their background and culture.
- iii. Establish self-help groups, telephone help-lines and websites to reduce suicide, particularly targeting high-risk groups.
- iv. Establish policies that reduce the availability of the means to commit suicide.
- v. Introduce routine assessment of the mental health of new mothers by obstetricians and health visitors and provide interventions where necessary.

- vi. For families at risk, provide home-based educational interventions to help proactively to improve parenting skills, health behaviour and interaction between parents and children.
- vii. Set up in partnership with other ministers evidence-based education programmes addressing suicide, depression, alcohol and other substance use disorders for young people at schools and universities and involve role models and young people in the making of campaigns.
- viii. Support the implementation of community development programmes in high-risk areas and empower nongovernmental agencies, especially those representing marginalized groups.
- ix. Ensure adequate professional support and services for people encountering major crises and violence, including war, natural disasters and terrorist attacks in order to prevent post-traumatic stress disorder.
- x. Increase awareness among staff employed in health care and related sectors of their own attitudes and prejudices towards suicide and mental health problems.
- xi. Monitor work-related mental health through the development of appropriate indicators and instruments.
- xii. Develop the capacities for protection and promotion of mental health at work through risk assessment and management of stress and psychosocial factors, training of personnel, and awareness raising.
- xiii. Involve mainstream agencies responsible for employment, housing and education in the development and delivery of prevention programmes.

6. Ensure access to good primary care for mental health problems

Challenge

For many countries in the European Region, general practitioners (GPs) and other primary care staff are the initial and main source of help for common mental health problems. However, mental health problems often remain undetected in people attending GPs or primary care services and treatment is not always adequate when they are identified. Many people with mental health problems, particularly those who are vulnerable or marginalized, experience difficulties in accessing and remaining in contact with services. GPs and primary care services need to develop capacity and competence to detect and treat people with mental health problems in the community, supported as required as part of a network with specialist mental health services.

Actions to consider

- i. Ensure that all people have good access to mental health services in primary health care settings.
- ii. Develop primary care services with the capacity to detect and treat mental health problems, including depression, anxiety, stress-related disorders, substance misuse and psychotic disorders as appropriate by expanding the numbers and skills of primary care staff.
- iii. Provide access to psychotropic medication and psychotherapeutic interventions in primary care settings for common as well as severe mental disorders, especially for individuals with long-term and stable mental disorders who are resident in the community.
- iv. Encourage primary health care staff to take up mental health promotion and prevention activities, particularly targeting factors that determine or maintain illhealth.
- v. Design and implement treatment and referral protocols in primary care, establishing good practice and clearly defining the respective responsibilities in networks of primary care and specialist mental health services.
- vi. Create centres of competence and promote networks in each region which health professionals, service users, carers and the media can contact for advice.
- vii. Provide and mainstream mental health care in other primary care services and in easily accessible settings such as community centres and general hospitals.

7. Offer effective care in community-based services for people with severe mental health problems

Challenge

Progress is being made across the Region in reforming mental health care. It is essential to acknowledge and support people's right to receive the most effective treatments and interventions while being exposed to the lowest possible risk, based on their individual wishes and needs and taking into account their culture, religion, gender and aspirations. Evidence and experience in many countries support the development of a network of community-based services including hospital beds. There is no place in the twenty-first century for inhumane and degrading treatment and care in large institutions: an increasing number of countries have closed many of their asylums and are now implementing effective community-based services. Special consideration should be given to the emotional, economic and educational needs of families and friends, who are often responsible for intensive support and care and often require support themselves.

Actions to consider

- i. Empower service users and carers to access mental health and mainstream services and to take responsibility for their care in partnership with providers.
- ii. Plan and implement specialist community-based services, accessible 24 hours a day, seven days a week, with multidisciplinary staff, to care for people with severe problems such as schizophrenia, bipolar disorder, severe depression or dementia.
- iii. Provide crisis care, offering services where people live and work, preventing deterioration or hospital admission whenever possible, and only admitting people with very severe needs or those who are a risk to themselves or others.
- iv. Offer comprehensive and effective treatments, psychotherapies and medications with as few side effects as possible in community settings, particularly for young people experiencing a first episode of mental health problems.
- v. Guarantee access to necessary medicines for people with mental health problems at a cost that the health care system and the individual can afford, in order to achieve appropriate prescription and use of these medicines.
- vi. Develop rehabilitation services that aim to optimize people's inclusion in society, while being sensitive to the impact of disabilities related to mental health problems.
- vii. Offer services for people with mental health needs who are in non-specialist settings such as general hospitals or prisons.
- viii. Offer carers and families assessment of their emotional and economic needs, and involvement in care programmes.
- ix. Design programmes to develop the caring and coping skills and competencies of families and carers.
- x. Scrutinize whether benefit programmes take account of the economic cost of caring.
- xi. Plan and fund model programmes that can be used for dissemination.
- xii. Identify and support leaders respected by their peers to spearhead innovation.
- xiii. Develop guidelines for good practice and monitor their implementation.
- xiv. Introduce legal rights for people subject to involuntary care to choose their independent advocate.
- xv. Introduce or reinforce legislation or regulations protecting the standards of care, including the discontinuation of inhuman and degrading care and interventions.
- xvi. Establish inspection to reinforce good practice and to stop neglect and abuse in mental health care.

8. Establish partnerships across sectors

Challenge

Essential services which in the past were routinely provided in large institutions or were not considered as relevant to the lives of people with mental health problems are nowadays often fragmented across many agencies. Poor partnership and lack of coordination between services run or funded by different agencies lead to poor care, suffering and inefficiencies. The responsibilities of different bodies for such a wide range of services need coordination and leadership up to and including government level. Service users and their carers need support in accessing and receiving services for issues such as benefits, housing, meals, employment and treatment for physical conditions, including substance misuse.

Actions to consider

- i. Organize comprehensive preventive and care services around the needs of and in close cooperation with users.
- ii. Create collaborative networks across services that are essential to the quality of life of users and carers, such as social welfare, labour, education, justice, transport and health.
- iii. Give staff in mental health services responsibility for identifying and providing support for needs in daily living activities, either by direct action or through coordination with other services.
- iv. Educate staff in other related services about the specific needs and rights of people with mental health problems and those at risk of developing mental health problems.
- v. Identify and adjust financial and bureaucratic disincentives that obstruct collaboration, including at government level.

9. Create a sufficient and competent workforce

Challenge

Mental health reform demands new staff roles and responsibilities, requiring changes in values and attitudes, knowledge and skills. The working practices of many mental health care workers and staff in other sectors such as teachers, benefit officers, the clergy and volunteers need to be modernized in order to offer effective and efficient care. New training opportunities must respond to the need for expertise in all roles and tasks to be undertaken.

Actions to consider

- i. Recognize the need for new staff roles and responsibilities across the specialist and generic workforce employed in the health service and other relevant areas such as social welfare and education.
- ii. Include experience in community settings and multidisciplinary teamwork in the training of all mental health staff.
- iii. Develop training in the recognition, prevention and treatment of mental health problems for all staff working in primary care.
- iv. Plan and fund, in partnership with educational institutions, programmes that address the education and training needs of both existing and newly recruited staff.
- v. Encourage the recruitment of new mental health workers and enhance the retention of existing workers.
- vi. Ensure an equitable distribution of mental health workers across the population, particularly among people at risk, by developing incentives.
- vii. Address the issue of lack of expertise in new technologies of present trainers, and support the planning of “train the trainers” programmes.
- viii. Educate and train mental health staff about the interface between promotion, prevention and treatment.
- ix. Educate the workforce across the public sector to recognize the impact of their policies and actions on the mental health of the population.

- x. Create an expert workforce by designing and implementing adequate specialist mental health training for all staff working in mental health care.
- xi. Develop specialist training streams for areas requiring high levels of expertise such as the care and treatment of children, older people and people suffering from a combination of mental health problems and substance use disorder (comorbidity).

10. Establish good mental health information

Challenge

In order to develop good policy and practice in countries and across the Region, information has to be available about the current state of mental health and mental health activities. The impact of any implementation of new initiatives should be monitored. The mental health status and the help-seeking behaviour of populations, specific groups and individuals should be measured in a manner that allows comparison across the WHO European Region. Indicators should be standardized and comparable locally, nationally and internationally in order to assist in the effective planning, implementation, monitoring and evaluation of an evidence-based strategy and action plan for mental health.

Actions to consider

- i. Develop or strengthen a national surveillance system based on internationally standardized, harmonized and comparable indicators and data collection systems, to monitor progress towards local, national and international objectives of improved mental health and well-being.
- ii. Develop new indicators and data collection methods for information not yet available, including indicators of mental health promotion, prevention, treatment and recovery.
- iii. Support the carrying out of periodic population-based mental health surveys, using agreed methodology across the WHO European Region.
- iv. Measure base rates of incidence and prevalence of key conditions, including risk factors, in the population and groups at risk.
- v. Monitor existing mental health programmes, services and systems.
- vi. Support the development of an integrated system of databases across the WHO European Region to include information on the status of mental health policies, strategies, implementation and delivery of evidence-based promotion, prevention, treatment, care and recovery.
- vii. Support the dissemination of information on the impact of good policy and practice nationally and internationally.

11. Provide fair and adequate funding

Challenge

Resources dedicated to mental health are often inadequate and inequitable compared to those available to other parts of the public sector, and this is reflected in poor access, neglect and discrimination. In some health care systems, insurance coverage of access and rights to treatment discriminate severely against mental health problems. Within the mental health budget, resource allocation should be equitable and proportionate, i.e. offering greatest relative share and benefits to those in greatest need.

Actions to consider

- i. Assess whether the proportion of the health budget allocated to mental health fairly reflects the needs and priority status of the people with needs.
- ii. Ensure that people with the most severe problems and the poorest in society receive the largest relative benefits.
- iii. Assess whether funding is allocated efficiently, taking into account societal benefits, including those generated by promotion, prevention and care.

iv. Evaluate whether coverage is comprehensive and fair in social and private insurance-based systems, on an equal level to that for other conditions, not excluding or discriminating against groups and particularly protecting the most vulnerable.

12. Evaluate effectiveness and generate new evidence

Challenge

Considerable progress is being made in research, but some strategies and interventions still lack the necessary evidence base, meaning that further investment is required. Furthermore, investment in dissemination is also required, since the existing evidence concerning effective new interventions and national and international examples of good practice are not known to many policy-makers, managers, practitioners and researchers. The European research community needs to collaborate to lay the foundations for evidence-based mental health activities. Major research priorities include mental health policy analyses, assessments of the impact of generic policies on mental health, evaluations of mental health promotion programmes, a stronger evidence base for prevention activities and new service models and mental health economics.

Actions to consider

- i. Support national research strategies that identify, develop and implement best practice to address the needs of the population, including groups at risk.
- ii. Evaluate the impact of mental health systems over time and apply experiences to the formulation of new priorities and the commissioning of the necessary research.
- iii. Support research that facilitates the development of preventive programmes aimed at the whole population, including groups at risk. Research is needed on the implications of the interrelated nature of many mental, physical and social health problems for effective preventive programmes and policies.
- iv. Promote research focused on estimating the health impacts of non-health sector policies, as there is a clear potential for positive mental health to be improved through such policies.
- v. Bridge the knowledge gap between research and practice by facilitating collaboration and partnerships between researchers, policy-makers and practitioners in seminars and accessible publications.
- vi. Ensure that research programmes include long-term evaluations of impact not only on mental health but also on physical health, as well as social and economic effects.
- vii. Establish sustainable partnerships between practitioners and researchers for the implementation and evaluation of new or existing interventions.
- viii. Invest in training in mental health research across academic disciplines, including anthropology, sociology, psychology, management studies and economics, and create incentives for long-term academic partnerships.
- ix. Expand European collaboration in mental health research by enhancing networking between WHO's European collaborating centres and other centres with research activities in the field of prevention.
- x. Invest in regional collaboration on information and dissemination in order to avoid the duplication of generally applicable research and ignorance of successful and relevant activities elsewhere.

Mental Health for Europe: Facing the Challenges

Milestones

Member States are committed, through the Mental Health Declaration for Europe and this Action Plan, to face the challenges by moving towards the following milestones. Between 2005 and 2010 they should:

1. prepare policies and implement activities to counter stigma and discrimination and promote mental well-being, including in healthy schools and workplaces;

2. scrutinize the mental health impact of public policy;
3. include the prevention of mental health problems and suicide in national policies;
4. develop specialist services capable of addressing the specific challenges of the young and older people, and gender-specific issues;
5. prioritize services that target the mental health problems of marginalized and vulnerable groups, including problems of comorbidity, i.e. where mental health problems occur jointly with other problems such as substance misuse or physical illness;
6. develop partnership for intersectoral working and address disincentives that hinder joint working;
7. introduce human resource strategies to build up a sufficient and competent mental health workforce;
8. define a set of indicators on the determinants and epidemiology of mental health and for the design and delivery of services in partnership with other Member States;
9. confirm health funding, regulation and legislation that is equitable and inclusive of mental health;
10. end inhumane and degrading treatment and care and enact human rights and mental health legislation to comply with the standards of United Nations conventions and international legislation;
11. increase the level of social inclusion of people with mental health problems;
12. ensure representation of users and carers on committees and groups responsible for the planning, delivery, review and inspection of mental health activities.

7. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Les noms des membres et experts du CSS sont annotés d'un astérisque *.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis:

- ALLEMEESCH Gilbert – *Psychologue clinicien – AZ St Jan AV*
- BARTHOLOME Franz – *Psychiatre de liaison – CHC*
- DE BIE Jozef – *Psychiatre de liaison – Ziekenhuis oost Limburg (Rapporteur)*
- BOYDENS Joël – *Psychiatre – Landsbouw christelijke mutualiteit, Medische directie*
- DE HAESLAER – VAN DEN BOSCH Micheline – *Psychologue clinicien – Cliniques universitaires St-Luc*
- ETIENNE Anne-Marie – *Psychologue clinicien – ULG, département des sciences cognitives*
- FISCHLER Benjamin* – *Psychiatre – Universitair ziekenhuis St-Pieter*
- FONTAINE Ovide – *Psychologue clinicien – ULG*
- KITTEL France* – *Psychologue en Santé publique – ESP ULB, Département Epidémiologie et promotion de la santé, Unité Psychologie Santé*
- MARIMAN An – *Psychiatre de liaison – UZ Gent, Psychosomatisch Centrum*
- MATHYS Raymond – *Oncologue – ZNA*
- PELC Isidore* – *Psychiatre – ULB (Rapporteur)*
- PIETTE Catherine – *Psychiatre de liaison – CHU Liège, Servie Psychiatrie*
- VANDENBERGHE Joris – *Psychiatre de liaison – UZ Gasthuisberg*

Le groupe de travail a été présidé par PELC Isidore et le secrétariat scientifique a été assuré par MARTIN Sandrine.
