



PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8518

Collaboration multidisciplinaire pour une prise en charge en première ligne des problèmes de santé mentale

7 juillet 2010

1. INTRODUCTION ET QUESTION

Actuellement, les praticiens de première ligne sont de plus en plus souvent confrontés à des problèmes de santé mentale. Face à ce constat, le Conseil Supérieur de la Santé avait émis, en 2005, un avis pour aider ces professionnels (CSH* 7814 : Aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne sur les questions de santé mentale). Une des recommandations de cet avis était d'organiser la prise en charge en première ligne des questions de santé mentale de manière multidisciplinaire et centrée sur le patient.

Suite à cet avis, la Direction Générale Soins de Santé primaires et Gestion de Crise du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a demandé au Conseil Supérieur de la Santé d'aller plus loin dans ses recommandations en donnant un avis sur la manière d'organiser cette prise en charge multidisciplinaire : quels acteurs de la première ligne doivent être impliqués, quels instruments sont nécessaires et quelles conditions sont requises pour mettre en place ce type de prise en charge.

Cela répond également à la Conférence Ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale de Helsinki (2005), que la Belgique a signée, selon laquelle un point important dans l'organisation des soins de santé mentale est la possibilité d'interventions à domicile par du personnel qualifié afin d'éviter les admissions dans des hôpitaux surchargés.

Afin de répondre à la question, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, composé essentiellement d'experts de terrain. L'avis est basé sur l'opinion de ces experts.

2. RECOMMANDATIONS

Pour mieux organiser la prise en charge en première ligne des questions de santé mentale, le CSS recommande d'appliquer un modèle de type santé communautaire, dans lequel on identifie les problèmes à un niveau peu spécialisé, pour progressivement remonter vers des niveaux plus spécialisés. L'accessibilité aux soins de santé mentale en serait facilitée, la prise en charge serait davantage précoce et les prestataires de soins les plus spécialisés seraient soulagés.

Ainsi, le CSS recommande de

- sensibiliser les médecins généralistes aux problèmes de type psychosocial ;
- former un certain nombre de prestataires de soins actifs en première ligne à l'identification et à la prise en charge précoces de ces problèmes ;
- créer des structures faciles d'accès auxquelles tout professionnel peut se référer pour signaler un problème et être conseillé concernant sa prise en charge ;

* CSH : Conseil Supérieur d'Hygiène, ancienne dénomination du Conseil Supérieur de la Santé

- favoriser les soins psychiatriques à domicile par des infirmiers et les coordonner par des structures centralisées.

Tout cela doit évidemment se faire en tenant compte des questions éthiques relatives à la liberté du patient.

3. ELABORATION ET ARGUMENTATION

Liste des abréviations

CPAS : Centre Public d'Aide Sociale
 CSS : Conseil Supérieur de la Santé
 IHP : Initiative d'Habitation Protégée
 INAMI : Institut National de Maladie – Invalidité
 SISD : Services intégrés de Soins à Domicile
 PIT: Paramedical Intervention Team

En 2005, le CSS publiait un avis sur les questions de santé mentale pour aider les médecins généralistes et praticiens de première ligne, recommandant notamment de :

- améliorer les contacts entre les médecins généralistes et les professionnels spécialisés en santé mentale, comme les psychologues, afin d'améliorer la continuité des soins et la complémentarité du travail de chacun ;
- axer davantage la formation des médecins, tant initiale que continuée, sur les dimensions psychologiques, psycho-sociales, mais aussi relationnelles. Par ailleurs, les formations dans ce domaine devraient pouvoir être valorisées ;
- améliorer la connaissance par les praticiens de première ligne des structures et offres de soins disponibles pour orienter les patients, et les soutenir dans cette orientation ;
- valoriser financièrement des consultations « médico-psycho-sociales » faites par les médecins généralistes, car celles-ci durent souvent plus longtemps qu'une consultation classique ;
- favoriser le travail multidisciplinaire autour des patients ayant une problématique de santé mentale, en centrant ce travail sur celui-ci ;

Ces recommandations sont toujours d'actualité, et il est important qu'elles soient au plus vite mises en œuvre afin de faciliter la prise en charge des problèmes de santé mentale par la première ligne de soins.

Il est cependant nécessaire de les compléter, en décrivant notamment plus précisément **comment améliorer la détection et la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale, via une collaboration entre les différents acteurs de la première ligne de soins.** L'accès aux soins pour tous en serait facilité et les professionnels plus spécialisés seraient soulagés et pourraient alors se concentrer sur les patients dont la problématique exige plus d'expertise.

En détectant précocement les problèmes de santé mentale et en intervenant rapidement, via la première ligne de soins, les problèmes se complexifient moins et les prises en charge plus lourde, comme les hospitalisations, sont moins nécessaires.

Pour pouvoir élaborer des recommandations sur la mise en place d'une telle prise en charge, le groupe de travail a estimé qu'il fallait partir des initiatives existantes en la matière. Il existe en effet déjà beaucoup de projets et il serait inutile de créer de nouvelles structures qui ne tiennent pas compte de ceux-ci. Le groupe a donc invité des représentants de diverses initiatives existant partout dans le pays et assurant une prise en charge en première ligne des problèmes de santé mentale.

Ces initiatives concernent par exemple les soins (psychiatriques) à domicile, le suivi du patient par un *case manager* après l'hospitalisation, les projets de concertation autour du patient, les unités de crise spécifiques pour les problèmes de santé mentale, les équipes d'intervention

rapide paramédicale, ou encore, une centrale téléphonique de soutien aux professionnels concernés par ces questions. La liste des projets présentés et une brève description de ceux-ci se retrouve en annexe.

Ces initiatives ont l'avantage de s'ancrer dans chaque réalité locale, et d'être le fait d'intervenants mobilisés qui essaient de répondre au mieux aux demandes.

Cependant, le caractère peu structuré et précaire de ces initiatives rend parfois plus difficile l'implication d'autres professionnels qui ne savent pas si elles seront longtemps disponibles, ce qui diminue leur impact. Leur caractère local implique également de grandes différences de traitement entre les personnes de régions différentes.

En partant de ces initiatives mises en place en divers endroits du pays, le groupe a donc cherché à définir quelles étaient les fonctions, parmi celles déjà offertes, mais aussi celles à inventer, que l'on devrait retrouver dans chaque région du pays pour pouvoir assurer à n'importe quel citoyen une détection précoce et une prise en charge rapide, facile d'accès et adéquate de ses problèmes d'ordre psychosocial.

Une fois ces fonctions définies, chaque autorité compétente analysera dans quelle mesure elles sont remplies et, le cas échéant, évaluera la meilleure manière de les mettre en place, en tenant compte des spécificités de chaque région.

Le groupe de travail a ainsi mis en évidence plusieurs axes indispensables pour mieux organiser la détection et la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale en première ligne, via une concertation multidisciplinaire.

Le modèle à appliquer est en fait celui de la **Santé Communautaire**, qui échelonne la prise en charge : il faut commencer par des niveaux peu spécialisés (infirmiers par exemple) pour identifier les problèmes puis, progressivement, remonter vers des professionnels de plus en plus spécialisés (en passant notamment par les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les psychologues, etc.), jusqu'aux psychiatres, en fonction des besoins et des caractéristiques de la problématique.

Il n'est en effet souvent pas nécessaire de rencontrer les professionnels les plus spécialisés. Créer une expertise suffisante en première ligne permettrait de soulager la deuxième ligne, qui est en général plus difficilement accessible. Les professionnels plus spécialisés pourraient alors être plus disponibles pour les cas les plus complexes. Cela permettrait également de désengorger les services d'urgence des hôpitaux, et de limiter les hospitalisations. La plupart du temps, le problème peut en effet être pris en charge ailleurs qu'à l'hôpital.

Ainsi, les médecins généralistes et les infirmiers, de par leurs visites à domiciles, constituent des personnes ressources essentielles pour mieux identifier les problèmes, en utilisant les structures déjà existantes.

Ces professionnels doivent disposer d'un contact facile et accessible avec un centre de référence qui les aidera à rapidement assurer un suivi, et créer des relais efficaces.

Les différentes fonctions essentielles à rassembler pour mettre en œuvre ce modèle sont :

- 1) Implication et **sensibilisation**, de manière générale, des médecins généralistes par rapport aux problèmes de type psychosocial. Les médecins plus intéressés par ces questions pourraient quant à eux suivre une formation spécifique et voir leurs consultations à ce propos valorisées, comme c'est déjà le cas pour d'autres actes spécialisés (par exemple les électrocardiogrammes).
- 2) **Formation** des prestataires de soins actifs en première ligne / à domicile intéressés par ces questions, comme les infirmiers, les kinésithérapeutes, les médecins, pour les aider à identifier les problèmes d'ordre psychosocial. Le secteur de l'aide aux personnes, qui va également à domicile et est à même d'identifier certains problèmes, pourrait aussi

bénéficier de ces formations et participer ainsi à la prise en charge, de même que les assistants sociaux, des CPAS par exemple, qui permettent d'accéder à des personnes qui ne sont pas habituées à faire appel à des prestataires de soins dédiés.

Il existe déjà de tels programmes de formation, d'une vingtaine d'heures, à l'**identification précoce**, qui peuvent être appliqués.

- 3) Création d'un centre facilement accessible (numéro de téléphone unique accessible 24h/24 par exemple, comme dans le projet EOLE) à qui l'on peut **signaler** les problèmes identifiés et qui peut **analyser la demande**, comprendre le problème et ensuite proposer l'orientation la plus adaptée, en évitant des orientations inadéquates.

Les plateformes psychiatriques peuvent aussi organiser, via une garde tournante entre structures, un tel numéro d'appel centralisé qui servirait de point de contact pour les prestataires de soins et organiserait la prise en charge des patients, à l'aide d'un arbre de décision.

- 4) Il faut enfin des structures suffisamment importantes pour **assurer la prise en charge et le suivi à domicile** et coordonner les différentes actions autour du patient. Les SISD, les hôpitaux ou encore les équipes PIT peuvent jouer ce rôle.

Les SISD ont par ailleurs la possibilité, via l'INAMI, de payer des personnes non encore reconnues comme prestataires de soins (comme les psychologues) pour certaines interventions.

La création d'une fonction d'infirmier référent en psychiatrie est une autre piste à envisager, et permettrait de suivre le patient, notamment après une hospitalisation. Il est en effet parfois plus facile pour certains patients de se référer à un infirmier plutôt qu'à un médecin généraliste.

La formation spécifique de ces professionnels doit également être valorisée, en créant une nomenclature spécifique pour l'infirmier référent en santé mentale / psychiatrie par exemple, comme cela existe déjà pour le diabète et en intégrant cette fonction dans les soins infirmiers à domicile.

Les infirmiers doivent en effet pouvoir être payés autrement qu'à l'acte. Il doit pouvoir y avoir des « infirmiers accompagnateurs ».

Ainsi, les médecins, les services d'urgence ou toute autre personne qui vient à domicile seraient à même d'identifier certains problèmes, grâce à une formation adaptée, et ensuite faire appel à des structures de type EOLE pour avoir un soutien et organiser la prise en charge; et référer ensuite à d'autres professionnels, coordonnés par les SISD par exemple.

Il faut cependant toujours faire attention, dans ce modèle d'intervention de bas niveau, aux questions éthiques de liberté et de propre volonté du patient, qui ne veut pas toujours être aidé.

Ce modèle d'intervention implique donc la concertation de différentes autorités du pays, chacune intervenant à son propre niveau.

N.B. : Ces réflexions et recommandations cadrent parfaitement avec les initiatives que prend actuellement la ministre fédérale de la Santé concernant la désinstitutionalisation de certains patients psychiatriques pour être traités dans leur environnement de vie (application de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux).

4. REFERENCES

- Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *Bmj*. 2005 Apr 9;330(7495):839-42.
- Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2008 Nov(173):1-362.
- EC-European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union; October 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf).
- England E, Lester H. Implementing the role of the primary care mental health worker: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2007 Mar;57(536):204-11.
- Hine CE, Howell HB, Yonkers KA. Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. *Soc Work Health Care*. 2008;47(2):122-34.
- Lester H. Current issues in providing primary medical care to people with serious mental illness. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(1):1-12.
- Lester H, Glasby J, Tylee A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? *Br J Gen Pract*. 2004 Apr;54(501):285-91.
- Morris M. A new Mental Health Act: where is the evidence for it? *Br J Nurs*. 2002; 11(13):854.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Oct;185:283-90.
- White K, Roy D, Hamilton I. ABC of mental health. Community mental health services. *Bmj*. 1997 Jun 21;314(7097):1817-20.
- WHO - World Health Organization. Integrating Mental Health Care into General Health Services. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope - Chapter 4;2001.
- WHO - World Health Organization. European Ministerial Conference on mental health : Mental health action Plan for Europe : Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki; 2005.
- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008 Jan;45(1):140-53.

5. ANNEXES : Exemples d'initiatives – Projets présentés

5.1 Service Intégrés de Soins à Domicile

Les services intégrés de soins à domicile regroupent différents acteurs: médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, logopèdes et kinésithérapeutes. Dans une zone de soins définie, ils renforcent l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile.

Ces services sont agréés par les institutions régionales et financés par le SPF Santé publique. Les régions effectuent également le contrôle des prestations fournies

5.2 Projet Pilote Soins psychiatriques à Domicile

Le but de ce projet-pilote soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile est d'examiner, dans quelle mesure, via le détachement de membres du personnel d'une initiative d'habitation protégée (IHP), on peut sensibiliser les services de soins à domicile réguliers pour ce groupe-cible des patients psychiatriques, coordonner leurs soins et assurer la fonction de coaching des services de soins à domicile réguliers.

Le but n'est en aucun cas que cette équipe prenne elle-même en charge les patients soignés à domicile à la place des services de soins à domicile réguliers. Dans les situations pour lesquelles, en raison de leur caractère complexe, ces derniers ne peuvent ou ne souhaitent pas prendre en charge les soins, l'équipe du projet pilote peut toutefois offrir le soutien nécessaire.

5.3 Paramedical Intervention Team (PIT)

Le projet pilote « PIT » (*paramedical intervention team*) existe depuis 2007 et permet à tout un chacun de demander une ambulance non médicalisée, mais avec des infirmières. C'est une solution intermédiaire entre une simple ambulance et le SAMU.

On constate cependant dans ce projet que les infirmières doivent souvent faire face à différents problèmes d'ordre psycho-sociaux, comme des tentatives de suicide, des états d'ébriété, des bagarres etc. Mais elles sont fort démunies car elles n'ont aucune formation psychiatrique.

5.4 Projet pilote – Eole

Le modèle Eole, Help desk téléphonique pour intervenants de première ligne dans le domaine de la Santé Mentale, a actuellement fait ses preuves quant à sa méthode d'intervention on-line sur des situations précises. A ce stade, le travail d'Eole a permis d'identifier le réseau spécialisé des ressources existantes en région bruxelloise et d'obtenir la collaboration de professionnels spécialisés chaque fois que nécessaire.

On constate au quotidien que cette méthodologie d'intervention et de support à la première ligne évite régulièrement des envois aux gardes hospitalières et permet également de remplacer des hospitalisations par un support actif.

5.5 Projet pilote « Unité de crise comprenant la fonction de case manager »

Ce projet a pour but d'offrir un traitement intensif de courte durée (maximum 5 jours). Il vise à stabiliser, motiver et orienter les patients vers d'autres services.

Un *case manager*, intégré dans chaque unité, veille à suivre les patients passant par celle-ci. Sa mission est d'élaborer le trajet de soins et d'en assurer la continuité.

5.6 Maisons de soins psychiatriques

Ces structures proposent un séjour à des patients psychiatriques qui ne nécessitent plus de traitement hospitalier, mais pour qui une vie autonome dans la société ou un séjour dans une autre collectivité n'est pas (encore) possible.

Ces personnes ont (encore) un grand besoin de soutien et d'accompagnement dans leur problème psychiatrique durable.

5.7 Croix jaune et blanche / infirmières à domicile

Les infirmier(e)s de la Croix Jaune et Blanche dispensent à domicile des soins des plus simples aux plus techniques : toilettes, injections, pansements, et aussi sondages, perfusions, alimentations parentérales... Des infirmier(e)s spécialisé(e)s en soins palliatifs, diabète, soins de plaie, peuvent exercer une action plus spécifique dans ces matières.

De manière non structurelle, les infirmier(e)s ont en outre la possibilité de suivre une formation en santé mentale.

Elles soignent selon la prescription du médecin et collaborent étroitement avec lui.

6. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

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

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

PELC Isidore*	(Psychiatrie – ULB)
MINNER Pierre	(Psychiatrie – ULB)
CHOCHRAD Didier	(Chef de service des urgences – Hôpital Etterbeek-Ixelles)
DE CUYPER Claude	(Santé Publique - Directeur du SISDCarolo)
VAN DAELE Tom	(Directeur asbl OVOSIT)
ERMANS Jean Pierre	(Président du SISD Bruxelles)
DE VRIEZE Annick	(Infirmière référent Soins psychiatriques à domicile)
FOULON Michel	(Coordinateur Général Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen)
VAN GANSBEKE Hendrik	(Sciences médico-sociales – Coordinateur Général Croix jaune et Blanche de Flandres)

L'administration est représentée par :

GLORIEUX Marc	(DG2, SPF SPSCAE)
DE OLIVEIRA Cindy	(INAMI)

Le groupe de travail a été présidé par Isidore PELC et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD et Anne-Madeleine PIRONNET.

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (European Science Advice Network for Health), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez vous abonner à une *mailing-list* et/ou un *RSS-feed* via le lien suivant:
<http://www.hgr-css.be/rss>.