



SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Conseil Supérieur d'Hygiène

Rue de L'Autonomie 4

B-1070 BRUXELLES

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE :

**Aide aux médecins généralistes, praticiens de première
ligne sur les questions de santé mentale**

(n° CSH 7814 – Validé par le Collège le 13/04/2005)

1. TABLE DES MATIERES

1.	TABLE DES MATIERES	2
2.	INTRODUCTION.....	3
3.	CONSTATS	4
4.	RECOMMANDATIONS.....	7
5.	COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL ET DATES DE REUNIONS.....	13
6.	REFERENCES.....	14

2. INTRODUCTION

Le groupe de travail « Aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne sur les questions de santé mentale » s'est mis en place à la suite d'une demande du Ministre de la Santé Publique pour lequel cette problématique est récurrente. En effet, il n'existe pas de programmation fédérale systématique dans le domaine. De plus, les experts « santé mentale » étant sollicités régulièrement dans le même sens, il a paru judicieux de créer un groupe de travail réunissant professionnels de la santé mentale et médecins généralistes.

Ce groupe de travail s'inscrit dans la lignée des préoccupations actuelles. Il a effectivement toute sa raison d'être lorsqu'on prend en considération les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) dans son rapport sur la santé dans le monde de 2001 : « La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs ». L'O.M.S. conclut ce rapport par dix recommandations concernant les mesures à prendre, dont la première est de traiter les troubles au niveau des soins primaires : « La prise en charge et le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires est une mesure fondamentale qui permettra au plus grand nombre d'accéder plus facilement et plus rapidement aux services. De fait, beaucoup de malades s'adressent déjà à ce niveau. Non seulement y sont-ils mieux soignés, mais ils évitent ainsi les examens superflus ainsi que les traitements inadaptés ou non spécifiques. Pour un tel résultat, il faut enseigner au personnel de santé générale les bases essentielles de santé mentale. Cette formation garantit un usage optimum du savoir actuel au profit du plus grand nombre et permet d'intervenir sans délai. La santé mentale doit donc figurer un programme de la formation initiale et des cours de remise à niveau du personnel afin que les troubles mentaux soient mieux pris en charge par les services de santé générale. »

Le but de ce groupe de travail s'inscrit donc pleinement dans cette recommandation de l'OMS : comment aider le médecin généraliste afin de lui permettre de mieux prendre en charge les questions de santé mentale en première ligne et orienter le cas échéant vers d'autres intervenants de santé mentale ? L'objectif du groupe de travail est également de transmettre un rapport de recommandations au Ministre de la Santé Publique en vue de prendre de nouvelles initiatives dans le domaine.

Ce groupe, constitué en 2002, s'est réuni régulièrement, et a répertorié les programmes de formation et de soutien à l'intention des médecins généralistes en matière de dépistage précoce, d'établissement de diagnostic, de modalités de prise en charge, et de compétence relationnelle, tant en formation de base qu'en formation continuée.

Le présent rapport s'articule en deux volets principaux : d'une part l'ensemble des constats observés en la matière et d'autre part, l'ensemble des recommandations.

3. CONSTATS

3.1. Une réponse fréquemment exclusivement médicamenteuse

En réponse au mal-être de leurs patients, les médecins offrent fréquemment une réponse exclusivement médicamenteuse. Ainsi, certains médecins généralistes reconnaissent avoir des difficultés à établir un minimum de relation d'aide psychologique avec leurs patients et reconnaissent également n'envoyer que rarement leurs patients vers les professionnels de l'aide psychologique et sociale, voire psychiatrique, privilégiant ainsi exclusivement le traitement médicamenteux. Le recours exclusif au médicament sans établissement d'un minimum de relation d'aide psychologique peut constituer un obstacle majeur à l'évolution positive du patient.

3.2. Une collaboration à construire entre médecin généraliste et « psy »¹

Le recours du médecin généraliste à un spécialiste psychiatrique ou à un psychologue n'est pas toujours aisé. Plusieurs questions sont soulevées par rapport à ce recours : comment travailler en collaboration sans se laisser déposséder du suivi du patient ? Les médecins généralistes reçoivent plus rarement des rapports écrits de la part des psy., que de la part des autres spécialistes. Lorsque le patient séjourne en service psychiatrique, il y a relativement peu d'échange d'informations entre l'hôpital et le médecin généraliste. Or il est fondamental de maintenir la continuité des soins pour les patients, en particulier en santé mentale. L'absence d'échange d'information conduit parfois, le patient à perdre le contact avec son médecin généraliste. Le médecin généraliste ne perçoit pas l'aide précise qu'il peut recevoir du psychiatre (absence de visibilité). L'offre de services du secteur psychiatrique n'est pas toujours très claire, même pour les médecins généralistes ouverts ou sensibilisés au traitement psychologique, voire psychiatrique. À quel moment envoyer un patient vers un spécialiste « psy » ? Comment ne pas donner l'impression de se débarrasser d'un problème difficile ?

Il faut multiplier les occasions de contacts entre ces praticiens aux différents moments de leur vie professionnelle (formation de base et formation continue). Davantage de proximité entre médecins généralistes et psychothérapeutes leur permettrait de mieux se connaître, de se découvrir des objectifs communs et de pouvoir mieux envisager une complémentarité dans leur travail.

3.3. La formation médicale en matière de prévention et de soins en santé mentale est insuffisante

3.3.1. La formation initiale

La faiblesse de la prise en compte des aspects psychologiques dans la formation initiale du médecin généraliste est soulignée par l'ensemble des experts. Actuellement, certains évoquent même, une diminution quantitative et qualitative de cette formation en ce qui concerne les aspects relationnels.

¹ Sous le terme « psy », il faut entendre tout professionnel de soins en santé mentale (psychologue, psychiatre, infirmier psychiatrique ...)

De manière générale, la formation de base en santé mentale dispensée dans les universités belges est insuffisante : elle varie de 30 à 60 heures au maximum – hors cours à option - sur le cursus complet, avec des intitulés divers. Dans les cours, il s’agit plus souvent de cours à option que de cours obligatoires, et ceux-ci sont peu fréquentés. Par ailleurs, les étudiants qui y participent se destinent souvent à la psychiatrie, et non à la pratique de la médecine générale. L’initiative de suivre pendant la formation un stage d’un mois en service psychiatrique s’est maintenant généralisée. Cette avancée dans les facultés de médecine est intéressante, mais est insuffisante.

3.3.2. *La formation continuée*

Souvent en formation continuée, les médecins généralistes qui prennent l’initiative de se former en santé mentale, sont ceux qui y sont déjà sensibilisés, alors que c’est justement les autres qui en auraient besoin. Des modalités de formation dans le domaine psychologique et psychosocial existent ; toutefois, il faut constater que l’accessibilité à ces techniques est faible et souvent, celles-ci sont développées en collaboration avec ou exclusivement par l’industrie pharmaceutique. Dans le cadre de la formation, l’offre doit être large et diversifiée afin que chaque praticien puisse trouver la formation la plus adaptée à sa façon de travailler. Il est clair également, que si les médecins généralistes « négligent » l’apport possible de la psychiatrie et du réseau d’offre de soins en santé mentale en général, l’inverse est également vrai. Les professionnels de la santé mentale, incluent rarement dans leurs prises en charge, la participation du médecin généraliste.

On sait que les bonnes pratiques donnant lieu à bénéfice pour le patient, sont celles où des contacts répétés existent entre spécialistes de la santé mentale et médecins généralistes. L’échange de communication ne portant pas uniquement sur des données de paramètres biologiques ou autres caractéristiques médicales para-cliniques (imagerie médicale, tests dynamiques, etc.), il y a nécessité d’échanges verbaux personnalisés entre les divers praticiens ayant en charge le malade, ce qui, bien évidemment, demande du temps. Ce temps doit être valorisé dans la pratique médicale d’une façon ou d’une autre. En définitive, il y donc lieu d’asseoir davantage la formation des médecins aux divers aspects de la santé mentale et en particulier, au relationnel, à l’écoute et à la communication, ceci tant lors de la formation de base de l’étudiant en médecine, que pendant toute la formation continuée du médecin. Les méthodologies pour accroître ces potentialités sont multiples et seront développées au cours de ce rapport.

3.4. La valorisation d’une formation continuée spécifique en santé mentale

Une meilleure pratique globale, lors de certaines consultations du médecin généraliste, qui prend en compte tant les aspects médicaux que psychologiques et sociaux de son patient, devrait pouvoir intervenir à un moment ou un autre de la prise en charge. Ceci nécessite d’une part une compétence particulière, et d’autre part un temps supplémentaire, et en conséquence une valorisation supplémentaire.

Ce type de compétence spécifique existe pour le médecin généraliste, vis-à-vis de certaines interventions spécialisées : en cardiologie, l’acquisition et la formation continuée à

l'enregistrement et l'interprétation d'un électrocardiogramme, donne lieu à une valorisation financière supplémentaire.

3.5. La formation à la relation d'aide psychologique se heurte aux priorités d'apprentissage plus technologique

Les développements prodigieux apparus ces dernières années dans de nombreux domaines de la bio-médecine et des technologies médicales ont donné lieu à des améliorations spectaculaires de la qualité des soins et des résultats des traitements. Il y a lieu de s'en féliciter. Cependant, ces avancées se sont accompagnées, dans la formation des étudiants en médecine, d'une diminution progressive de la nécessaire sensibilisation aux aspects relationnels avec le patient et, en particulier, aux aspects de relation d'aide psychologique et psychosociale.

La formation de jeunes étudiants en médecine, parfois exclusivement hospitalière, accélère ces processus : l'étudiant arrive à son premier stage plus ou moins sensibilisé à la question de la relation et, en tout cas, à ce moment-là, sa « capacité de réaction psychologique » est importante. « Il ne comprend pas comment les médecins peuvent soigner une femme battue par son mari et la laisser retourner chez elle, près de ce mari violent »². Toutefois, la culture technologique et hospitalière l'oriente rapidement à s'attacher à d'autres priorités. Ceci met évidemment le relationnel en veilleuse, par rapport aux besoins, indiscutables par ailleurs, de familiarisation avec les technologies.

La prise en compte des dimensions psychologiques et psychosociales doit pouvoir être plus présente et de façon structurelle dans l'accompagnement clinique des étudiants en médecine.

² Témoignage d'un étudiant en médecine, invité à participer à une réunion du groupe de travail.

4. RECOMMANDATIONS

4.1. Recommandations relatives à l'information et à la communication

4.1.1. *Installer une meilleure communication entre le médecin généraliste et les services psychiatriques*

Lors de prise en charge pour raison psychiatrique, un nombre important d'éléments du rapport médical, concerne des aspects psychologiques, psychosociaux et, des aspects relationnels établis entre l'équipe soignante et le patient. Ces aspects ainsi que ceux d'ordre « transférentiels » ne se transmettent que difficilement dans le cadre d'un rapport médical. Il faut favoriser le contact du médecin traitant avec son patient. Ainsi, il serait souhaitable qu'un contact soit aménagé entre le médecin généraliste et son patient, pendant l'hospitalisation, au minimum au moment de l'admission et à la sortie du patient. De même, il y a lieu de favoriser un envoi systématique d'un courrier simple d'informations psychiatriques vers le médecin généraliste, à intervalle régulier. Ceci concerne particulièrement les traitements de longue durée.

4.1.2. *Mieux communiquer et définir l'information pertinente*

« Mieux communiquer » comprend deux sens à la circulation de l'information : du médecin généraliste vers le « psy » lors de l'admission et du « psy » vers le médecin généraliste pendant ou après la prise en charge. Il y a lieu d'identifier et de sélectionner les informations particulièrement pertinentes concernant chaque patient. Il faut pouvoir utiliser les divers vecteurs d'information disponibles : rencontre personnelle, contact téléphonique, courrier postal, courrier électronique. Selon le type d'information et le moment de la prise en charge, on privilégiera plutôt l'un ou l'autre mode.

4.1.3. *Des réponses spécifiques du « psy » nécessitent d'abord des demandes spécifiques de la part du médecin généraliste*

Lorsqu'un médecin généraliste adresse un de ses patients pour avis à un « psy », il est bien venu que le premier précise le plus clairement possible, dans sa demande d'avis, les questions spécifiques pour lesquelles il souhaite une réponse. En effet, généralement, l'information que fournit le « psy » au médecin généraliste concerne uniquement le diagnostic, ce qui est largement insuffisant pour permettre au médecin généraliste d'améliorer sa prise en charge du patient.

4.1.4. *Traitement prescrit par le médecin généraliste avant l'hospitalisation de son patient et devenir de ce traitement pendant l'hospitalisation*

Il est souhaitable que les traitements préalablement prescrits par le médecin généraliste et concernant l'état somatique du patient ne soient pas modifiés pendant l'hospitalisation, sans consultation préalable du médecin traitant, hormis le cas de l'urgence médicale. En cas de

modification, le patient sera informé que celle-ci a été prise en concertation avec son médecin traitant.

4.1.5. Mieux maîtriser l'accès à la communication entre prestataires de soins

Lorsque plusieurs prestataires de soins ont besoin de se contacter au sujet d'un patient, dans la mesure du possible, l'établissement d'une communication par téléphone reste le mode de contact le plus efficace. Il est dès lors important de mettre en œuvre le maximum de chances pour que ces communications aboutissent et donc que les différents prestataires de soins connaissent les coordonnées et disponibilités des uns et des autres. Aujourd'hui, il existe en région bruxelloise, sur internet, un registre des médecins généralistes avec leurs coordonnées et modalités d'accès. Ce type d'initiative doit être encouragé dans l'ensemble des régions du pays.

Pour éviter les situations où chacun attend que l'autre fasse le premier pas, il est important de savoir qui doit initier le contact :

- Sans intervention du médecin traitant (dans les situations d'hospitalisation en urgence, ou d'initiative personnelle du patient), ce sont les prestataires de soins hospitaliers qui sont censés prendre contact avec le médecin traitant. Généralement, il n'est pas trop difficile de connaître les coordonnées de celui-ci.
- Au contraire, à l'intervention du médecin traitant, adressant son patient à un « psy », c'est bien évidemment à lui d'initier le contact et de transmettre toutes les informations utiles provenant du dossier médical global (DMG).

4.1.6. La carte à puce : un outil pour faciliter la transmission de l'information

Une carte à puce médicale avec des accès différenciés et protégés en fonction du type de partenaires de soins permettrait à chacun d'obtenir l'information nécessaire pour exercer correctement son travail. Le succès de la carte SIS montre que les patients peuvent avoir le réflexe d'avoir sur eux leur carte santé. Il faut être attentif à l'actualisation régulière de ces données, à sa sauvegarde en cas de vol ou de perte de la carte.

4.1.7. Le financement des concertations multipartites

A l'instar de ce qui a été négocié, et est d'ores et déjà appliqué en oncologie, où une consultation spécifique existe pour des concertations interdisciplinaires, il serait bien venu qu'une disposition similaire existe en santé mentale ; une concertation entre les différents acteurs en charge d'un même patient, tel par exemple le médecin généraliste, les intervenants en santé mentale, hospitalier ou ambulatoire. Par ailleurs, contrairement à la situation actuelle, il faudrait que le remboursement de la visite du médecin généraliste à l'hôpital ne soit pas limité à une seule visite, en particulier lors d'hospitalisation de longue durée.

4.2. Recommandations relatives à la structure des soins de santé

4.2.1. Les consultations médico-psycho-sociales

Il est évident qu'un médecin généraliste n'a pas le temps, dans une consultation de 10 à 15 minutes de faire adéquatement son travail de première ligne avec un patient souffrant de troubles psychologiques voire psychiatriques. Une idée serait la valorisation financière d'une consultation spécifique faite par un médecin généraliste, à l'occasion de certaines consultations avec un patient souffrant de tels troubles. Ce type de consultation d'une durée plus importante que d'habitude pourrait s'appeler « consultation médico-psycho-sociale ». Un tel type de consultation pourrait être pris en considération lorsque la consultation comprend, certains des éléments suivants :

- une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du patient
- un diagnostic médico-psycho-social (intégré et global)
- une prise en charge à visée psychologique assortie éventuellement
 - d'une orientation vers une psychothérapie
 - d'une prescription de médicaments psychotropes
 - d'une orientation vers le psychiatre
- une consultation d'une durée plus longue (+/- 40 minutes, par exemple)
- des contacts pluridisciplinaires

Le médecin généraliste s'inscrivant dans une pratique de consultations médico-psycho-sociales devrait bien évidemment, à côté de sa formation initiale de spécialiste en médecine générale, acquérir, par ailleurs,

- une formation continuée dans le domaine (voir plus loin)
- s'inscrire dans un réseau multidisciplinaire de soins de santé mentale.

4.2.2. L'amélioration de l'accès aux services de soins en santé mentale

Pour améliorer l'accès aux services de soin en santé mentale, différentes actions peuvent être envisagées :

- Augmenter la connaissance des structures et de l'offre de soins existante ; il serait utile d'offrir aux médecins généralistes un répertoire des structures existantes et des professionnels de la santé, reprenant leur spécificité, leur accessibilité et le coût des prestations. Dans chaque région, différentes expériences existent en la matière. Par exemple, Brupsynet (<http://www.brupsynet.org>) est un site qui renseigne sur la disponibilité des lits en région de Bruxelles-capitale, ou encore, Spiller (<http://spil.be>) qui possède un descriptif des programmes de soins en province du Limbourg.
- Aider les professionnels de la santé de première ligne, en particulier les médecins généralistes confrontés à des situations de santé mentale quelques peu complexes à mieux orienter leurs patients. Cela peut par exemple se faire à travers des initiatives telles que:
 - le projet EOLE (02/223 75 52) dans la région de Bruxelles-capitale, qui offre via leur ligne téléphonique la possibilité aux médecins généralistes de faire face à une urgence ou à une crise « psy » d'un patient, par une aide à une meilleure identification de la demande du patient et de la situation du

professionnel de santé, ainsi que des possibilités d'orientation ultérieure vers des réseaux « psy » spécialisés.

- L'expérience TUSSEN DE LIJNEN en région flamande (Lucas interfacultair centrum – KUL 016/33 69 10) avec la mise en place d'un programme de soins pour le traitement de la dépression par les médecins généralistes dans le cadre d'un travail en réseau dans la région de Bruges.

4.2.3. *La valorisation du DMG (Dossier Médical Global)*

Les médecins généralistes du groupe de travail estiment, hors cas d'urgence, qu'il est préférable que le patient les consulte en première ligne, avant le « psy », afin de transmettre à ce dernier les informations ad hoc et pertinentes du DMG.

4.2.4. *Les autres ressources et acteurs du système de soins de santé : une équipe multidisciplinaire*

Le système des soins de santé est composé d'acteurs aux formations multiples et complémentaires pour la prise en charge du patient : médecin, psychologue, infirmier, travailleur social, pharmacien ... Il faut favoriser le travail multidisciplinaire de ces partenaires, travail constant centré sur le patient. En ce qui concerne, par exemple, le pharmacien, la concertation médecin-pharmacien devrait être renforcée. L'officine de pharmacie peut être un lieu privilégié de promotion de la santé (cf. campagne benzodiazépines 2002). La psycho-éducation doit y être développée.

En santé mentale, une large diversité de soins existe ; les médecins généralistes, les « psy » et les institutions doivent pouvoir en informer le patient, sa famille et son entourage.

4.3. **Recommandations relatives à la formation des médecins généralistes en santé mentale**

4.3.1. *Objectifs de la formation en santé mentale pour les médecins généralistes*

Les objectifs de la formation des médecins généralistes à la santé mentale sont :

- **Améliorer** les connaissances actualisées sur l'éventail des modes de prise en charge (médicamenteuse, psychothérapeutique, sociothérapeutique, et offre de soins...)
- **Identifier**, dans les plaintes du patient, les déterminants psychologiques et sociaux à côté des déterminants somatiques et sociaux, afin de proposer des réponses adéquates.

Ceci implique de :

- Identifier et décoder à travers les manifestations somatiques la dimension psychologique et plus généralement une souffrance psychique.
- Ne pas « psychologiser » ce qui demande une réponse somatique,
- Ne pas « psychologiser » ni limiter à l'approche somatique ce qui ressort parfois du domaine de l'humain, de l'existentiel ou du social (emploi, famille, environnement).
- **Distinguer**, dans la pratique, ce qui est du ressort du médecin généraliste de ce qui peut être référé au spécialiste ou à la "2^e ligne".

Cette "frontière" entre les deux "lignes" de soins sera fonction des compétences acquises et des capacités relationnelles et psychothérapeutiques du médecin généraliste. Autrement

dit, la question des limites d'actions du médecin généraliste ou des limites d'actions entre médecin généraliste et « psy » ne tient pas uniquement au statut de chaque discipline mais aussi aux "capacités" de chaque médecin.

- **Étendre** chez les médecins généralistes les capacités relationnelles en général et la capacité de relation d'aide psychologique en particulier, ainsi que la capacité de travailler en équipe multidisciplinaire avec les prestataires en santé mentale hospitaliers et ambulatoires dans le cadre des réseaux et circuits de soins.

4.3.2. Les modalités de ces formations

Ces formations concernent le « savoir », le « savoir-faire », et le « savoir-être », ainsi que le « faire-savoir » (la communication avec le patient).

Le savoir :

Le savoir comprend, entre autres, l'actualisation des connaissances récentes, comme par exemple, le bon usage des benzodiazépines. Ce savoir doit être dispensé en tenant compte des réalités socio-économiques, de l'accessibilité aux soins, ainsi que du contexte de vie du patient. Le développement de ces connaissances doit également permettre de mieux identifier et de mieux tenir compte des problèmes et des besoins globaux du patient.

Le savoir-faire :

Ceci concerne, entre autres, la relation d'aide psychologique. Différentes formes de formation existent : présentation et discussion de cas cliniques ; sensibilisation à la communication (aspects théoriques, mise en situation, jeu de rôles, ...) ; approche systémique des problématiques médicales rencontrées, Ces formations peuvent être bénéfiques, dans le cadre d'un cycle de formation limité dans le temps.

Le savoir-être

Il s'agit de formation visant à une meilleure capacité de relation d'aide via des processus impliquant un changement d'attitude ou de comportement professionnel (formation type balint, psychodrame,..). Ceci s'inscrit dans un investissement personnel plus important du médecin et d'une durée plus longue.

Le faire-savoir

Ceci concerne l'acquisition d'une transmission adéquate d'information, au patient et à son entourage, afin que ceux-ci soient de meilleurs acteurs de leur santé. Ceci concerne par exemple des formations relatives à l'éducation à la santé.

Dans le cadre d'une formation continuée pour le médecin généraliste en santé mentale, ces diverses formules devraient pouvoir être suivies en fonction des objectifs personnels visés, allant d'une meilleure capacité de communication à une meilleure analyse de son propre vécu.

Ces formations aideront à mieux gérer des situations émotionnellement difficiles, telles l'annonce de mauvaises nouvelles, la gestion des soins palliatifs, la confrontation avec une mort annoncée... Ces formations pour les médecins généralistes auront aussi un impact en terme de prévention au niveau de la première ligne, en créant un espace psychologique complémentaire à l'espace somatique :

- Cet "espace" permettrait au patient de penser en quoi le problème ponctuel de sa maladie s'inscrit dans sa santé au fil de sa vie.

- Le fait de pouvoir exprimer sa souffrance (et avoir le sentiment qu'elle est entendue par les praticiens), et de pouvoir exprimer ce qu'ils pensent des traitements proposés (médicaments, conseils, recommandations...) augmentent chez les patients (sujets adultes) leurs capacités à apprécier, négocier et sans doute ensuite à mieux adhérer (meilleure compliance) aux propositions des soignants. Ceci est particulièrement appréciable chez les patients atteints de pathologies chroniques (de plus en plus fréquentes en médecine générale).

Ces types de formations devraient idéalement, comme cela se passe déjà dans un certain nombre de cas

- être animés conjointement par des médecins généralistes et des « psy » ;
- être assurés par des formateurs tant académiques que professionnels ;
- valorisés par l'attribution des points d'accréditation.

5. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL ET DATES DE REUNIONS

Ont participé à au moins une des séances du groupe de travail :

ANSSEAU Marc	HOYOIS Philippe
BIENKOWSKI Jean-Pierre	IGODT Paul
BOON Henri	LACOUR Valérie
BROOHTAERTS Jean-Pierre	LAPOUGE Marc
BURQUEL Charles	LIEVENS Paul
CORTEN Philippe	LINKOWSKI Paul
COSYNS Pol	MADOKI François
CRAYERMEERSCH Mieke	MINNER Pierre
DEGUGHT Véronique	MONTAG Danielle
DELSART Claudine	NYSSSEN Sophie
DE MAESENEER Jan	PELC Isidore
DEMYTTENAERE Koen	PEUSKENS
DESMEDT Daniel	PIQUART Didier
DIERICK Michel	PIREAUX Jean-Pierre
D'HAENEN Hugo	ROMAIN Jean-Georges
DUBOIS Vincent	ROUSSAUX Jean-Paul
ELSEN Christian	THOMAS Jean-Michel
ERMANS Jean-Pierre	VAN AUDENHOVE Chantal
FIRKET Pierre	VAN HEERINGEN Cornelis
FROM Léon	VANDERVEKEN Muriel
GERITS Pol	WEIL Françoise
GIET Didier	WYNGAERDEN François
HALLEUX Valérie	ZDANOWICZ Nicolas
HEUREUX Philippe	ZOMBEC Serge

Président du groupe de travail: Isidore PELC
Secrétariat scientifique : Pascale STEINBERG

Le groupe de travail s'est réuni aux dates suivantes :

17 décembre 2002
28 janvier 2003
18 février 2003
29 avril 2003
27 mai 2003
24 juin 2003
18 septembre 2003
23 octobre 2003
13 novembre 2003
11 décembre 2003

6. REFERENCES

Les soins de santé mentale partagés au Canada. Etat actuel, commentaires et recommandations, Rapport du groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, décembre 2000, Association des Psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada, 31p.

Shared Mental Health care in Canada. Current status, commentary and recommendations. A report of the collaborative working groupe on shared mental headline care, December 2000, Canadian Psychiatric Association and The College of family Physicians of Canada

Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble, La revue canadienne de psychiatrie, Vol 47, n°2, supplément 1, avril 2002

Les soins de santé mentale partagés au Canada, un recueil des projets en cours, Un rapport du groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, Le collège des médecins de famille du Canada et l'association des psychiatres du Canada, Printemps 2002, 127p.

Depressie en zelfmoord. 10 Preventiestrategieën, documentation gezondheidsconferentie 2002, Informatie van de Vlaamse overheid, 48p.

Psychothérapies sur le divan, L'expérience de 14.000 patients, TEST SANTE n°54, avril-mai 2003, pp19/23

Confronting Depression and Suicide in Physicians, A consensus statement, American medical Association, JAMA, june 18, 2003 – vol 289, n°23, pp3161-3166

Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care, A sytematics review, American medical Association, JAMA, june 18, 2003 – vol 289, n°23, pp3145-3151

Armoede en depressie : twee zijden van eenzelfde medaille ?, Psyche 3 jaargang 15 – september2003, 4 pages

Contract 2005 : een toekomstperspectief voor de huisartsgeneeskunde ? prof. Dr. De Maeseneer, Voorzitter Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnggezondheidszorg (5 pages)

Opleidingscontinuum communicatie in de opleiding geneeskunde aan de Universiteit Gent (4 pages)

CEBMH (Centre for Evidence-Based Mental Health) Depression Guideline (1998-1999). **A Systematic Guide for the Management of Depression in Primary Care**. URL: <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/guidelines/>

T. Burns, T.Kendrick, **The primary care of patients with schizophrenia : a search for good practice**, Br J Gen Pract 1997 Aug ; 47(421)515-20

Carolyn A Chew-Graham, Anne Rogers and Nuha Yassin, « **I wouldn't want it on my CV or their records' : medical students' experiences of help-seeking for mental health problems**, Medical Education 2003 ;37 :873-880,

De Coster, I., Van Audenhove, Ch., van den Ameele, H., & Goetinck, M. (2002). **Tussen de lijnen. Werkingsverslag 2001-2002. Ontwikkeling van een stepped-care programma in de behandeling van depressie door huisartsen en Paaz-psychiaters**. Lucasrapport, maart 2002.

De Coster, I., Van Audenhove, Ch., van den Ameele, H., & Goetinck, M. (2003). **Tussen de lijnen. Werkingsverslag januari 2002- mei 2003. Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van een navormingsprogramma voor huisartsen over de behandeling van depressie**. Lucasrapport, juli 2003.

D. Folsom, DV Jeste, **Schizophrenia in homeless persons : a systematic review of the literature** : Acta Psychiatr Scand 2002 Jun ; 105(6) :404-13

Caron Grainger **Stress survival Guide**, 54 pages

Goldman, L., Nielsen, N. & Champion, H. (1999) **Awareness, diagnosis, and treatment of depression**. Journal of General Medicine, 14, 569-580.

PC Hannaford, C Thompson, M Simpson: **Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners**. Br J Gen Pract 1996 jun; 46(407):333-7

Hendriksen, J. (2000). **Collegiale consultatie. Consult vragen, consult geven**. H. Nelissen/Baarn.

Hodges, B., Inch, C., Silver, I. (2001) **Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A Review**. Am J Psychiatry, 158(10): 1579-1586.

Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Clinton, T., Kraftcheck, D., LeClair, K., Leverette, J., Nash, L., Turner, T. (1997) **Shared mental health care in Canada**. The Canadian Journal of Psychiatry, 42 (8).

I. Nazareth, M.King, S.Davis, **Care of schizophrenia in general practice :the general praticienne and the patient**, Br J Gen Pract 1995 Jul ; 45(396) :343-7

JP Olie, F.Elomarie, C. Spadone, JP. Lepine : **Antidepressants consultation in the global population in France** ; Encephale 2002 sept-oct ;28(5pt) :411-7

Pedersen AL . **Correlation between the prevalence of schizophrenia and the sociodemographic status in different areas of Copenhagen** : Ugeskr Laeger 2002 Apr 1 ;164(14) :1923-6

Ricardo J.M. Lucena, et Alain Lesage **Family physicians and psychiatrists. Qualitative study of physicians' views on collaboration**, , vol 48, mai 2002, Canadian Family physician.

Railton, S., Mowat, H., Bain J. (2000) **Optimizing the care of patients with depression in primary care: the views of general practitioners.** *Health and Social Care in the Community*, 8, 119-128.

Schulberg, H., Katon, W., Simon, G., Rush, A. (1999) **Best Clinical Practice: Guidelines for Managing Major Depression in Primary Medical Care.** *J Clin Psychiatry* 60(suppl 7): 19-26.

Schuyler, D., Davis, K. (1999). **Primary care and psychiatry: anticipating an interfaith marriage.** *Academic Medicine*, 74, 1, 27-32.

Tiemens, B. (1999) **Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk.** In: *Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient and the medical model.* Proefschrift ter verkrijging van het eredoctoraat in de medische wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Valenstein, M., Klinkman, M., Becker, S., Blow, FC, Lawton Barry, K., Sattar, A., Hill, E. (1999) **Concurrent treatment of patients with depression in the community. Provider practices, attitudes and barriers to collaboration.** *Journal of Family Practice*, 48, 180-187.

Van den Aamele, H., De Coster, I., Van Audenhove, Ch., & Goetinck, M. (2002). **Tussen de lijnen: een stepped-care programma voor de behandeling van depressie door huisartsen en Paaz-psychiaters.** *Psyche*, 14, 4.

D. Wiersma: **Care requirement for chronic psychiatric patients in general practice: share responsibility with mental health professionals.** *Ned tijdschr geneeskd* 2002 apr13;146(15):701-3

Wittche HU, Pittrow D., **Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the depression 2000study.** *Hum psychopharmacol* 2002 jun;17:s1