

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

Avis complémentaire concernant la psychiatrie de liaison en hôpital général

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 Vandembroucke. 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 contenu 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 (HP-SPHC-CSM), a en charge la psychiatrie de liaison dans les hôpitaux généraux est composé 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 expériment 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*

11-06-1998

CNEH – Groupe de travail Psychiatrie Projet d’avis relatif à la psychiatrie de liaison

1. 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 post-traumatique (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 entraînant 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 médico-chirurgical 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.

2. 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.

3. 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.

3.1. 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.

3.2. 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 moins 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 très 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 continue. Il faut donc prévoir une offre de formation appropriée ..

3.3. 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-temps-pleins 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.

3.4. 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 aigüe, 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.

3.5. 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.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'EN-
VIRONNEMENT.

1010 BRUXELLES, le
Cité Administrative de l'Etat
Quartier Vésale
Tél. : 02/210.47.84
Fax : 02/210.63.68

Administration des soins de santé

Direction de la politique des
soins de santé.

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSE
MENTS HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"

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.,
HEUGHEM 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., HEUGHEM 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 oeuvre 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 oeuvre 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.