

## SYNTHÈSE

# SOINS DE SANTÉ SOMATIQUES EN INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES





## **SYNTHÈSE**

# SOINS DE SANTÉ SOMATIQUES EN INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES

VICKY JESPERS, WENDY CHRISTIAENS, LAURENCE KOHN, ISABELLE SAVOYE, PATRIEK MISTIAEN





## ■ PRÉFACE

Les personnes atteintes de maladies mentales telles que la schizophrénie, les troubles psychotiques, les troubles bipolaires ou la dépression grave décèdent beaucoup plus précocement que la population générale. Les chiffres à ce sujet varient, mais la différence est toujours supérieure à 10 années de vie, même dans les pays occidentaux. Nous savons qu'environ 60% de cette surmortalité est due à des affections somatiques en grande partie évitables car liées au mode de vie, comme notamment la sédentarité, ou aux effets secondaires des médicaments psychiatriques.

Mais en 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé a souligné qu'en plus de ces facteurs individuels s'ajoutaient, dans de nombreux pays, des problèmes d'accès aux soins de santé, de stigmatisation et de manque de soutien social. Elle a appelé à une prise en charge globale de toutes ces facettes et a fixé l'objectif ambitieux de réduire d'un tiers la mortalité prématurée de ces personnes d'ici 2030.

Il existe déjà de nombreux guidelines internationaux relatifs à la santé somatique des personnes atteintes de maladie mentale. Nous donnons un aperçu des plus importants dans ce rapport, afin que les professionnels de la santé puissent commencer à travailler sur le sujet. Mais nous nous sommes également posé la question de savoir ce qui provoque un décalage aussi important en la matière dans notre pays : pourquoi les guidelines existants ne sont-ils pas suffisamment appliqués ? Quels obstacles concrets les professionnels de la santé rencontrent-ils ? Qu'est-ce qui pourrait faciliter leur mise en œuvre ? Comment les patients eux-mêmes perçoivent-ils ce problème ? Quelles pourraient être les solutions ?

Différents groupes de travail de professionnels de la santé et d'associations de patients s'étaient déjà penchés sur cette question, et nous ont apporté des éclairages intéressants. De nombreux autres experts et stakeholders ont également accepté de partager leurs points de vue et de collaborer à l'élaboration de ce rapport. Nous tenons à les remercier toutes et tous pour ces contributions.

Dès 1966, les Nations unies ont proclamé un « droit à la santé » pour chacun dans l'article 12 de l'*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Pour les personnes atteintes de maladie mentale, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir avant que leur vulnérabilité générale et psychiatrique soit prise en compte de manière holistique et qu'elles puissent bénéficier de la même santé que les autres. Nous espérons que ce rapport contribuera à corriger cette inégalité.

Christophe JANSSENS  
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSSSEN  
Directeur Général a.i.



## SYNTHÈSE

### TABLE DES MATIÈRES

■	<b>PRÉFACE</b> .....	1
1.	<b>INTRODUCTION</b> .....	4
1.1.	UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE PRÉOCCUPANT .....	4
1.2.	OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE .....	5
1.3.	MÉTHODOLOGIE .....	5
2.	<b>PRÉVALENCE DES PROBLÈMES SOMATIQUES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE</b> .....	6
2.1.	CHIFFRES DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE .....	6
2.2.	CHIFFRES POUR LA BELGIQUE .....	6
3.	<b>ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES DANS LES 4 CONTEXTES DE SOINS ÉTUDIÉS</b> ....	7
3.1.	LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES (HP).....	8
3.2.	LES SERVICES PSYCHIATRIQUES DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX (SPHG).....	9
3.3.	LES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES (MSP).....	10
3.4.	LES INITIATIVES D'HABITATIONS PROTÉGÉES (IHP).....	10
4.	<b>QUE DISENT LES GUIDELINES?</b> .....	11
4.1.	BELGIQUE .....	12
4.2.	INTERNATIONAL .....	12
4.3.	ÉLÉMENTS DE SANTÉ SOMATIQUE À PRENDRE EN COMPTE DANS LE PLAN DE TRAITEMENT ET DE SUIVI.....	13
5.	<b>BARRIÈRES ET FACILITATEURS IDENTIFIÉS</b> .....	15
5.1.	MÉTHODOLOGIE .....	15
5.2.	APPROCHE HOLISTIQUE, RESPECTUEUSE DU PATIENT ET DES SOIGNANTS .....	15
5.3.	ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES .....	16
5.3.1.	Préjugés et manque de connaissances .....	16
5.3.2.	Financement incohérent et insuffisant .....	17
5.3.3.	Manque de temps et problèmes logistiques .....	18



- 5.3.4. Difficultés d'accès aux médicaments ..... 18
- 5.4. QUALITÉ DES SOINS SOMATIQUES ..... 18
  - 5.4.1. Consultation d'admission ..... 19
  - 5.4.2. Initiation du traitement et plan de suivi..... 19
  - 5.4.3. Suivi durant l'hospitalisation..... 20
  - 5.4.4. Prévention et promotion de la santé ..... 20
  - 5.4.5. Formation du personnel ..... 20
- 5.5. COORDINATION DES SOINS ..... 21
  - 5.5.1. Communication entre soignants et continuité des soins..... 21
  - 5.5.2. Communication avec le patient..... 22
- 6. **PISTES D'AMÉLIORATION DES SOINS SOMATIQUES AUX PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE..... 22**
- 6.1. VERS UNE APPROCHE HOLISTIQUE, INTÉGRÉE ET RESPECTUEUSE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE ..... 22
  - 6.1.1. Un plan de traitement et de suivi pour chaque patient, établi en concertation avec lui..... 23
  - 6.1.2. Un plan de traitement et de suivi qui repose sur des guidelines internationaux adaptés à la Belgique ..... 23
- 6.2. ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ..... 24
- 6.3. COORDINATION DES SOINS DE SANTÉ SOMATIQUES, COLLABORATION ENTRE SOIGNANTS ET CONTINUITÉ DES SOINS ..... 24
- 6.4. COLLECTE DE DONNÉES ET INDICATEURS DE QUALITÉ ..... 25
- 6.5. PISTES DE RECHERCHES FUTURES ..... 26
- **RECOMMANDATIONS..... 27**
- **RÉFÉRENCES ..... 32**



## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Un problème de santé publique préoccupant

La santé (physique) des personnes atteintes de maladie mentale est un sujet de préoccupation depuis de nombreuses années. Il est connu que leur espérance de vie est nettement réduite – de 13 à 30 ans – par rapport à la population générale. On sait également que 50 % de cet excès de mortalité est lié aux complications cardiovasculaires et métaboliques des traitements médicamenteux que ces personnes reçoivent. Ces personnes cumulent souvent aussi d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée, la consommation d'alcool, le manque de sommeil, etc. D'autres maladies physiques fréquentes sont l'épilepsie, les atteintes hépatiques, la bronchite chronique et l'asthme.

Il est également connu que les personnes atteintes de maladie mentale ont non seulement un risque accru de maladies physiques, mais que leur accès aux soins de santé est plus restreint que celui de la population générale. Tous ces facteurs concourent à détériorer la qualité de vie de ces personnes qui ont à supporter les conséquences (y compris économiques) de leur mauvaise santé physique en plus des souffrances mentales que leur inflige leur maladie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est prononcée en 2017 pour que des efforts soient consentis à tous les niveaux pour améliorer la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale. L'objectif fixé est de réduire d'un tiers leur mortalité prématurée d'ici 2030.<sup>1,2</sup>

En Belgique aussi, la question retient l'attention depuis une quinzaine d'années. En 2004, une conférence de consensus a abouti à des recommandations pour la gestion des effets secondaires des médicaments antipsychotiques.<sup>3</sup> Par la suite, des outils ont été proposés à l'attention des infirmiers, psychiatres, pharmaciens et médecins généralistes pour faciliter ce suivi.<sup>4-12</sup>

Toutefois, les soins somatiques restent actuellement sous-optimaux et il a été demandé au KCE par différents stakeholders de se pencher sur la question.

### Précisions sur le vocabulaire employé

Le rapport scientifique en anglais dont est tirée cette synthèse utilise l'expression « *person with a severe mental illness* » (« personne atteinte de maladie mentale grave »). C'est en effet le terme actuellement utilisé dans la littérature scientifique internationale pour désigner les personnes atteintes d'affections telles que la schizophrénie et les troubles psychotiques apparentés, les troubles bipolaires et la dépression grave.

Toutefois, du point de vue des patients, ce terme est considéré comme incorrect, car il laisse sous-entendre que ces personnes sont 'gravement malades', ce qui a une connotation négative. Dans cette synthèse, nous utiliserons donc l'expression raccourcie « personne atteinte de maladie mentale » afin de respecter le souhait des patients concernés.

Par ailleurs, nous parlons dans ce rapport des « patients ». Afin de ne pas surcharger le texte, nous utiliserons ce terme au masculin mais il va de soi que cela signifie toujours les « patients et patientes ».

Enfin, nous parlerons de médecins « somaticiens » pour désigner tous les « non-psychiatres ». Paradoxalement, nous perpétons par-là une dichotomie entre santé mentale et somatique que nous nous employons à combattre, mais c'est une solution pragmatique pour éviter de longues périphrases. De même, nous distinguerons parmi les somaticiens des « médecins généralistes » et « spécialistes », même si nous sommes bien conscients que la médecine générale est également une spécialisation.





## 1.2. Objectif de cette étude

L'objectif de cette étude est de **dresser un état des lieux** des soins de santé somatiques qui s'adressent aux personnes atteintes de maladie mentale en Belgique et de tenter de **comprendre pourquoi ces soins sont sous-optimaux**. Les questions de recherche ont été formulées comme suit :

- Quelle est la prévalence des problèmes somatiques chez les personnes atteintes d'une maladie mentale ?
- Comment sont organisés et financés les soins somatiques pour les personnes atteintes de maladie mentale en Belgique ?
- Existe-t-il des guidelines sur les soins somatiques des personnes atteintes de maladie mentale ?
- Quels sont les obstacles perçus par les soignants lorsqu'ils prodiguent des soins somatiques aux personnes atteintes de maladie mentale en contexte hospitalier/résidentiel psychiatrique ?
- Quels sont les obstacles aux soins somatiques perçus par les personnes atteintes de maladie mentale lorsqu'elles séjournent en contexte hospitalier/résidentiel psychiatrique ?

L'étude se limite aux soins somatiques dispensés dans **quatre contextes de soins spécifiques** : les hôpitaux psychiatriques (HP), les services de psychiatrie d'hôpitaux généraux (SPHG), les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitations protégées (IHP) (pour plus de précisions, et pour l'explication de ce choix de limiter à quatre contextes, voir chapitre 3). Les soins ambulatoires et la médecine générale ne sont abordés que dans le cadre des contextes de soins mentionnés ci-dessus (suivi à la sortie, liaison...).

Par soins de santé somatiques, nous comprenons la prévention, le dépistage, le traitement et la promotion de la santé. Les soins aux enfants et dans les centres médico-légaux ne sont pas inclus dans cette étude.

## 1.3. Méthodologie

La prévalence des troubles somatiques en Belgique a été estimée sur la base des résumés psychiatriques minimaux (RPM) les plus récents ; les chiffres de la littérature internationale ont également fait l'objet d'un examen approfondi.

Une revue de la littérature a été effectuée pour identifier les guidelines existants en matière de soins somatiques des personnes atteintes de maladie mentale.

Les perceptions et expériences des patients et des soignants ont été recueillies via une étude qualitative par entretiens individuels et focus groups.

Pour cerner l'organisation et le remboursement des soins somatiques en milieu psychiatrique, nous avons analysé divers documents et rencontré plusieurs stakeholders.

Nous avons également sollicité les commentaires et les réactions d'experts et de stakeholders tout au long du processus de recherche, par échanges de mails et téléconférences (l'étude ayant été réalisée en grande partie pendant la pandémie de Covid-19). Les noms de ces experts et stakeholders se trouvent dans le colophon de cette synthèse. Tous les détails de la méthodologie sont décrits dans les chapitres correspondants du [rapport scientifique](#) en anglais.



## 2. PRÉVALENCE DES PROBLÈMES SOMATIQUES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE

### 2.1. Chiffres de la littérature internationale

Souffrir de maladie mentale est en soi un facteur de risque important de développer différents problèmes de santé somatique. La littérature scientifique internationale est bien étoffée à ce sujet (pour un résumé, voir le chapitre 2.1 du [rapport scientifique](#)). Sans conteste, ce sont les maladies cardiovasculaires et apparentées qui tiennent le haut du pavé : un patient sur trois présente de l'hypertension, d'obésité ou de syndrome métabolique (combinaison d'hypercholestérolémie, d'hypertension artérielle, de surpoids, en particulier au niveau de l'abdomen, et d'hyperglycémie), trois facteurs de risque cardiovasculaires majeurs.<sup>13</sup> Le diabète, lui aussi facteur de risque cardiovasculaire, se développe chez un patient psychiatrique sur dix en moyenne. Ces risques plus élevés que dans la population générale résultent de la combinaison du manque d'activité physique, d'une alimentation déséquilibrée, du tabagisme et des effets secondaires des médicaments psychiatriques, connus pour entraîner une prise de poids et du diabète.<sup>13</sup>

Le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité sont également des facteurs favorisant l'apparition de cancers, mais il ne semble pas que les personnes atteintes de maladie mentale soient davantage touchées par cette maladie que la population générale.

D'autres maladies paraissent également plus fréquentes chez les personnes atteintes de maladie mentale, notamment l'ostéoporose (chez 13 % des patients dans une étude sur la schizophrénie)<sup>14</sup>, l'asthme et les maladies respiratoires obstructives chroniques (9 % dans une étude aux

USA)<sup>15</sup> et certaines maladies transmissibles (hépatite B 16 %, hépatite C 7 %)<sup>16</sup>.

Non seulement ces maladies somatiques sont plus fréquentes chez les personnes atteintes de maladie mentale, mais elles ont aussi une plus grande probabilité d'être cumulées par une même personne.<sup>17-21</sup> Cette multimorbidité semble deux fois plus importante chez les personnes atteintes de maladie mentale que dans la population générale (84 % de cooccurrence de problèmes de santé physique chez les patients hospitalisés avec un diagnostic de maladie mentale ou de problème lié à la consommation de substances, contre 42 % chez les patients admis avec un diagnostic principal de problème physique).<sup>22</sup> Elle augmente considérablement le poids des maladies chroniques et réduit l'espérance de vie par rapport à une pathologie unique. Cela représente également un fardeau économique important pour le patient et pour la société.

Par ailleurs, les personnes atteintes de maladie mentale sont également moins bien touchées par les mesures de prévention destinées à l'ensemble de la population (dépistage du cancer, vaccinations...). Enfin, elles sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque sociaux, tels que la pauvreté, le chômage, l'absence de domicile fixe et le handicap, qui sont eux aussi associés à un risque accru de mauvaise santé.

### 2.2. Chiffres pour la Belgique

À ce jour, aucune recherche approfondie sur la prévalence des maladies somatiques chez les personnes atteintes de maladie mentale n'a été effectuée en Belgique (pas plus d'ailleurs que dans de nombreux autres pays). Par conséquent, on ignore quelle est la situation dans notre pays en comparaison avec les autres pays dont les chiffres sont publiés dans la littérature internationale.

Nous avons dès lors cherché à faire une estimation en nous basant sur les données des résumés psychiatriques minimum (RPM) les plus récents disponibles (2018<sup>a</sup> uniquement pour les HP et les SPHG). Il s'agit de

<sup>a</sup> Suite à la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, les MSP et IHP ne sont plus sous juridiction fédérale ; les données relatives à ces institutions n'ont donc pas pu être incluses dans l'étude.



données anonymisées qui sont enregistrées au début et à la fin de chaque hospitalisation psychiatrique, ou au moins une fois tous les six mois à des fins de statistiques de santé publique. Ces données comprennent normalement le(s) diagnostic(s) psychiatrique(s) et somatique(s) de chaque patient. Il est toutefois important de signaler que l'objectif des RPM n'est pas de mesurer la prévalence des affections somatiques, mais bien celle des diagnostics psychiatriques. Seuls trois diagnostics somatiques peuvent y être encodés, et ils doivent avoir un impact important sur l'affection psychiatrique (ou son traitement). Les chiffres de prévalence résumés ci-dessous sont donc des sous-estimations.

- Sur les 120 900 séjours en HP et SPHG comptabilisés en 2018, au moins un diagnostic somatique a été enregistré pour 18 978 séjours, ce qui donne une prévalence de 15,7 % de séjours ayant comporté un/des problème(s) somatique(s).
- Parmi tous les problèmes somatiques déclarés, les cinq plus fréquents étaient le diabète (6,0 %), les maladies du foie (5,3 %), l'hypertension (5,0 %), l'épilepsie (4,8 %) et l'obésité (4,3 %). Bien que peu élevés, ces pourcentages reflètent les mêmes tendances que la littérature internationale.

Une analyse plus détaillée de la prévalence selon les RPM se trouve au chapitre 3 du [rapport scientifique](#).

### 3. ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES DANS LES 4 CONTEXTES DE SOINS ÉTUDIÉS

L'organisation actuelle des soins somatiques pour les personnes atteintes de maladie mentale est tributaire de l'organisation générale des soins de santé mentale dans notre pays, qui elle-même résulte des réformes successives de ce secteur survenues au cours de ces vingt dernières années. Il n'est pas dans notre propos de détailler ces réformes ici, mais le lecteur intéressé en trouvera une description dans le [rapport KCE 318](#) (Organisation des soins de santé mentale pour adultes en Belgique, 2019).

Ce qu'il est important de retenir dans le cadre de cette étude est que la réforme des soins de santé mentale vise à la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de maladie mentale et à leur « resocialisation » dans la communauté. Par conséquent, les soins résidentiels – sur lesquels porte cette étude – ne concernent qu'une partie des personnes concernées, les autres étant essentiellement suivies à domicile par des équipes mobiles ou par des professionnels des soins à domicile. Ces soins ambulatoires n'ont pas été pris en compte dans le cadre de cette étude, étant donné que les équipes mobiles se focalisent principalement sur les soins psychiatriques et que les patients ambulatoires devraient – théoriquement – recevoir des soins somatiques au même titre que tout autre habitant de notre pays. Néanmoins, les experts ont tenu à souligner l'importance de ces équipes mobiles pour une approche holistique des soins au patient.

L'organisation actuelle des **soins psychiatriques** distingue d'une part les hôpitaux psychiatriques (HP) et les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG), où **l'accent est mis sur les soins**, et d'autre part les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitations protégées (IHP), davantage **orientées vers le fonctionnement au sein de la communauté**, et où l'aspect 'soins psychiatriques' est moins prégnant. La composition du personnel de ces différents types d'institutions reflète bien ces objectifs différents. Depuis 2018, les MSP et les IHP sont passées sous la compétence des entités fédérées.



Signalons ici que la distinction administrative entre le statut de patient « hospitalisé » ou « ambulatoire » présente de nombreux inconvénients et a souvent compliqué les soins somatiques des patients psychiatriques. En effet, dans la mouvance de désinstitutionnalisation, de plus en plus de patients se trouvent dans des situations hybrides, par exemple « hospitalisés » en hôpital de jour mais passant la nuit à leur domicile. Un patient dans cette situation qui consulte un spécialiste relèvera de la nomenclature en vigueur pour un patient hospitalisé ; ce système est administrativement lourd et propice aux erreurs de facturation. Autre exemple : une journée de dialyse ne peut être combinée avec un séjour hospitalier. Le patient doit donc « sortir (administrativement) d'hospitalisation » pour les journées qu'il passe en dialyse. Cette situation crée de la confusion tant pour le patient, que pour les prestataires de soins, le personnel administratif des hôpitaux et les mutualités.

Dans cette section, nous décrivons principalement le rôle des médecins dans la prise en charge somatique des patients psychiatriques. Bien que la composition de l'équipe multidisciplinaire et la répartition des tâches en son sein soient également très importants, nous ne sommes pas en mesure de décrire dans cette étude les rôles respectifs des infirmiers et autres prestataires de soins dans l'organisation des soins somatiques au sein des quatre contextes de soins étudiés. Les informations résumées dans ce chapitre proviennent de l'étude des sites internet officiels et de rencontres avec différents stakeholders. Elles sont présentées plus en détail dans le chapitre 3 du [rapport scientifique](#).

### 3.1. Les hôpitaux psychiatriques (HP)

Les hôpitaux psychiatriques accueillent des patients atteints de maladie mentale grave en phase aiguë, pour une observation et un traitement. Ceci peut se faire en hospitalisation 'à plein temps', mais aussi en hospitalisation de jour, ou de nuit, etc. Les équipes qui y travaillent sont multidisciplinaires (psychiatres, psychologues, infirmiers (psychiatriques), ergothérapeutes, travailleurs sociaux...). Certains services sont spécialisés (p. ex. patients atteints de troubles psychogériatriques). La durée de séjour moyenne est de 100 jours (chiffre 2018)<sup>b</sup>.

Historiquement, dans les hôpitaux psychiatriques, on considérait que les patients relevaient de la médecine 'ambulatoire' pour tout ce qui concernait leur santé somatique. Par conséquent, il n'y avait (et il n'y a toujours pas) de place, dans leur structure et leur fonctionnement, pour les médecins somaticiens. D'après les experts rencontrés dans le cadre de cette étude, seuls 20 à 50 % des actes nécessaires à la santé somatique de leurs patients peuvent être facturés. Dès lors, certains établissements mettent en place des 'ajustements' plus ou moins créatifs pour remédier à cette situation, dans l'esprit de prise en charge holistique recommandée par les instances internationales.

Les soins somatiques sont le plus souvent délégués à des **médecins généralistes**, qui voient les patients au sein de l'institution (le plus souvent sous la forme de consultations). Les configurations de leur emploi sont très variables, mais correspondent en gros à deux cas de figure :

- **rémunération à l'acte** : le nombre de consultations est alors limité à un maximum de deux par mois et 12 par an, ce qui est insuffisant pour les patients qui cumulent des problèmes chroniques et des médications complexes.
- **sous contrat d'emploi avec l'hôpital** (temps plein ou partiel) : la rémunération provient le plus souvent du **pool des psychiatres**<sup>c</sup>. Un

<sup>b</sup> Service Data & Information Stratégique | DG Soins de Santé

<sup>c</sup> Le pool des psychiatres est alimenté par les honoraires de consultations et de surveillance, les rémunérations des rapports multidisciplinaires (80 € /

rapport), les projets pilotes (p. ex. projets 107) et les actes techniques (p. ex. électroencéphalogrammes).

problème, dans ce cas de figure, est que la loi ne permet pas de prendre en compte les nomenclatures de médecine générale dans un pool hospitalier ; par conséquent, tous les actes et prescriptions du médecin généraliste doivent être approuvés par le psychiatre.

Aucun financement n'est prévu pour la **coordination des soins** de santé somatiques et il est rare que les médecins généralistes participent aux réunions du personnel, pour des raisons d'organisation (ils ont souvent aussi une pratique extérieure). Il n'y a pas non plus de financement pour d'autres prestations de médecine somatique, comme la prévention et le dépistage, le suivi de base des patients sans problèmes de santé somatique particuliers et la continuité des soins en cas d'urgence et de garde.

Si des **soins spécialisés** (dentiste, ophtalmologue...) ou des **actes techniques** (radiologie, électrocardiogramme, test à l'effort...) sont nécessaires, le patient est le plus souvent envoyé à l'hôpital général (certains HP sont équipés d'un plateau technique, mais c'est assez rare). Il peut également arriver que certains spécialistes somaticiens se déplacent, voire tiennent des consultations régulières en HP, mais cette configuration n'est pas très fréquente et le nombre de consultations est limité. Il est également possible de demander des 'avis' de spécialistes mais ceux-ci sont également limités par la nomenclature. Cette 'consultation au lit du patient' ne peut en outre pas être cumulée avec un acte technique.

Le **psychiatre**, responsable final des soins, doit approuver toutes les prescriptions de médecine somatique des patients de son service. Toutefois, de façon paradoxale, la nomenclature ne lui permet pas de prescrire un traitement de logopédie (parfois nécessaire pour des patients dont la parole ou la déglutition est affectée par les effets secondaires de la médication), ni de kinésithérapie s'il s'agit d'une raison non psychiatrique (p. ex. pour un patient ayant un problème de dos, d'épaule...). Pour ces traitements, le patient doit obtenir une prescription d'un médecin somaticien (qui doit ensuite être approuvée par le psychiatre).

Il faut également signaler ici que les **honoraires de surveillance psychiatrique** (perçus par les (pool de) psychiatres) sont dégressifs au cours du temps, alors que le patient qui reste longtemps en institution psychiatrique développe souvent des pathologies métaboliques chroniques nécessitant un suivi somatique de plus en plus attentif.

En 2017, les HP belges comptaient 14.927 lits agréés (10.012 en Flandre, 4085 en Wallonie et 830 lits à Bruxelles).

### 3.2. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG)

Les hôpitaux généraux disposent souvent d'un service de psychiatrie, qui représente en général environ 10 % de leurs lits. Comme les HP, ces services accueillent des patients atteints de maladie mentale grave en phase aiguë, pour une observation et un traitement (de jour et/ou de nuit) mais généralement pour des durées plus courtes que les HP. Les équipes y sont également multidisciplinaires. Ces services sont souvent perçus comme ayant un seuil d'accès plus bas que les HP, ce qui est parfois décrit comme moins stigmatisant. La durée de séjour moyenne dans ces services est de 25 jours (chiffre 2018).

L'organisation des soins somatiques y est assez similaire à celle des hôpitaux psychiatriques. En théorie, les spécialistes de toutes les disciplines somatiques sont disponibles dans les autres services de l'hôpital, mais dans la pratique, il reste assez difficile d'obtenir leur intervention en psychiatrie (voir aussi 5.3.2). Comme dans les HP, il n'y a de toute façon aucun financement prévu pour la coordination des soins somatiques. Dans le passé, le rôle de gestion de base de la santé somatique était tenu par un interniste généraliste ; aujourd'hui, il semble que cette tâche soit souvent attribuée aux assistants en première année de formation (toutes spécialisations confondues). Il arrive également que des médecins généralistes sont employés comme médecins hospitaliers dans le service psychiatrique, comme c'est le cas dans les HP.

En 2019, les hôpitaux généraux belges comptaient 52.565 lits agréés, dont 3995 étaient des lits psychiatriques.



### 3.3. Les maisons de soins psychiatriques (MSP)

Les maisons de soins psychiatriques sont des établissements de vie collective pour des adultes de tous âges atteints de maladie mentale chronique stabilisée (ou d'un handicap mental). Elles ont été créées en 1990 afin de raccourcir les séjours en hôpital psychiatrique, voire de les éviter. En effet, les patients hébergés dans ces structures ne nécessitent pas (ou plus) de traitement aigu à l'hôpital, mais ils ne sont pas suffisamment autonomes pour vivre seuls dans la communauté. Ils nécessitent une surveillance permanente, assurée par une équipe multidisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs, travailleurs sociaux, logopèdes, etc.). L'accent y est mis sur l'autonomie et la réadaptation via des activités diverses (sports, ateliers créatifs, groupes thérapeutiques, cuisine, couture, voyages, spectacles, visites culturelles, etc.) Les soins y sont toutefois plus médicalisés que dans les IHP (voir ci-après). La procédure d'admission se fait – en théorie – selon des critères bien définis ; chaque résident se voit attribuer un plan de soins qui comprend un relevé de ses besoins de soins et les objectifs à atteindre grâce au soutien et aux activités. La durée moyenne de séjour est élevée : environ 3 ans et demi<sup>d</sup>. La procédure de sortie de MSP est également assortie de certaines obligations, notamment la rédaction d'un rapport décrivant les soins et l'accompagnement reçus par le résident durant son séjour.

Les MSP fonctionnent avec un ou plusieurs **psychiatres coordinateurs**, qui sont responsables du traitement médical et psychiatrique et de la coordination des patients. Les normes prévoient qu'un psychiatre coordinateur doit prêter au moins six heures par semaine sur place et participer aux réunions de l'équipe multidisciplinaire.

La gestion des soins somatiques peut y être comparée à celle d'une maison de repos : **les résidents peuvent choisir leur médecin généraliste** et paient directement leurs visites (avec intervention de leur mutuelle). Il en va de même pour les autres prestations de soins, par exemple des prestations de kinésithérapie pour une affection somatique. Toutefois, contrairement aux maisons de repos, aucun financement n'est prévu pour la **coordination générale** des soins somatiques, une tâche que le psychiatre coordinateur

ne peut généralement pas endosser. Ce sont donc souvent **des médecins généralistes locaux** qui s'en chargent. À noter que le profil somatique des patients résidant en MSP peut être particulièrement lourd car il s'agit souvent de personnes d'un certain âge avec des troubles psychiatriques profondément ancrés et des comorbidités importantes.

La plupart des dépenses journalières (logement, charges, nourriture, entretien) sont prises en charge par la MSP et chaque résident reçoit un montant mensuel minimum de 192,43 € pour ses frais personnels. Les frais de santé à sa charge sont : un forfait journalier pour les médicaments (1,2 €/jour), les lunettes et prothèses, les transports, la participation à certaines activités de la MSP, etc.

En 2017, il y avait 1896 places de MSP en Flandre, 818 en Wallonie (dont 30 sous la tutelle de la Communauté germanophone) et 229 en Région bruxelloise.

### 3.4. Les initiatives d'habitations protégées (IHP)

Les initiatives d'habitations protégées accueillent des adultes qui ne nécessitent pas (ou plus) un traitement en hôpital mais qui, en raison de leur maladie mentale, ont besoin d'un accompagnement dans leur milieu de vie. Leur objectif principal est de les aider à acquérir les compétences sociales nécessaires pour vivre de la manière la plus autonome possible. L'équipe est multidisciplinaire ; outre le psychiatre coordinateur, elle comprend souvent des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers, des kinésithérapeutes, etc. Chaque résident se voit attribuer un accompagnateur/coach, mais celui-ci n'est pas constamment présent. Les résidents ont des activités en journée : certains vont dans des centres occupationnels de jour, d'autres reçoivent une formation, travaillent ou font du bénévolat, et d'autres encore suivent un traitement de jour en hôpital psychiatrique. La procédure d'admission requiert un plan d'accompagnement orienté vers le rétablissement, élaboré par le psychiatre et l'équipe multidisciplinaire. Les résidents peuvent habiter soit dans l'IHP (logements collectifs ou individuels), soit en logement privé en dehors de

<sup>d</sup> Chiffres AViQ 2018





l'IHP. La durée de 'séjour' en IHP est donc en moyenne beaucoup plus longue que celle des hospitalisations (2 ans en moyenne)<sup>e</sup>.

Les IHP sont constituées en ASBL et doivent être reliées à un HP ou un SPHG (secteur hospitalier) et à un service de santé mentale (secteur ambulatoire), qui doivent tous deux participer à leur gouvernance. Il n'y a cependant pas de modèle standard d'IHP ; chacune fonctionne à sa manière propre, en fonction de son environnement géographique et des autres acteurs de la santé mentale présents à proximité. En moyenne, deux tiers des résidents sont envoyés par un hôpital (psychiatrique) et un tiers par des services de première ligne (médecins généralistes, psychiatres privés, services sociaux...) ou les familles.

Dans les habitations protégées, le suivi psychiatrique des patients est également assuré par un **psychiatre coordinateur**, qui doit être présent au moins trois heures par semaine. Chaque résident doit idéalement avoir **son propre médecin généraliste** (ou être inscrit dans une maison médicale). Si des soins spécifiques sont nécessaires (p. ex. séances de kinésithérapie, soins infirmiers à domicile), les membres de l'équipe veilleront à guider le résident vers les prestataires appropriés, mais ne prodigueront pas les soins eux-mêmes. De façon générale, ils veillent à accompagner le résident dans l'acquisition des compétences nécessaires à maintenir/améliorer sa santé somatique ; cela peut inclure les prises de rendez-vous et les trajets vers des consultations à l'extérieur, la prise des médicaments, l'alimentation saine, l'exercice physique, etc. On peut donc considérer que les soins somatiques des résidents d'IHP sont très proches des soins ambulatoires.

Les médicaments, les honoraires de consultation du médecin généraliste ou du psychiatre, les services de soins ou d'aide à domicile, etc. sont à la charge des résidents, qui reçoivent de l'IHP un montant d'environ 70 € par semaine pour couvrir ces frais. Toutefois le logement, l'alimentation, la participation aux activités sportives et de loisirs, etc. sont également à leur charge. Par conséquent, les résidents vivent souvent dans des conditions précaires et n'ont pas toujours les moyens de s'offrir les conditions d'une vie saine.

En 2017, le nombre d'IHP était de 43 en Flandre (2899 lits), 27 en Wallonie (798 lits) et à 18 Bruxelles (560 lits).

---

<sup>e</sup> Chiffres AViQ 2018



## 4. QUE DISENT LES GUIDELINES?

Notre revue de littérature nous a permis d'identifier 55 documents nationaux ou internationaux consacrés à la santé somatique des personnes atteintes de maladie mentale (ou comportant un chapitre à ce sujet). Dix ont été retenus au terme de l'évaluation de leur qualité scientifique (AGREE) ; le guideline de l'OMS de 2018 est le document qui a reçu le score le plus élevé.<sup>1</sup> Tous les détails de cette revue de littérature se trouvent au chapitre 7 du [rapport scientifique](#).

### 4.1. Belgique

Hormis un document de consensus pour les psychiatres sur la **gestion des médicaments antipsychotiques** (2005), il n'existe aucun guideline belge sur les soins somatiques aux personnes atteintes de maladie mentale.<sup>3</sup> Le document de consensus porte sur la gestion du risque métabolique avant et après le début du traitement, avec les investigations nécessaires et les conseils de guidance en matière de mode de vie. Il propose un planning pour la surveillance du poids, du tour de taille et de la pression artérielle, et pour les analyses de glycémie et de lipides sanguins. L'initiation de cette surveillance est une responsabilité du psychiatre. Toutefois, si les tests indiquent une altération du métabolisme du glucose, un diabète, une dyslipidémie ou une hypertension, le document recommande que la gestion soit assurée par un médecin généraliste ou un interniste, en communication étroite avec le psychiatre, notamment en ce qui concerne les modifications du schéma de médication.

Le document de consensus de 2005 devrait être **remis à jour** via une procédure de consensus avec des experts de toute la Belgique, afin d'obtenir un résultat largement partagé. Certains aspects y sont actuellement manquants : le timing de l'examen somatique à l'admission, l'organisation et les accords entre somaticiens et psychiatres pour le suivi des effets secondaires des antipsychotiques, l'établissement d'un plan de traitement et de suivi.

### 4.2. International

Les guidelines et autres documents existants couvrent de très larges aspects de la santé somatique des personnes atteintes de maladie mentale.

Depuis une trentaine d'années, l'objectif globalement recommandé doit être **le rétablissement**, qui comprend deux grands axes : un **axe médical**, le rétablissement clinique, qui correspond à l'atténuation objective des symptômes, et un **axe personnel**, autodéterminé, le rétablissement fonctionnel et social, qui correspond à l'expérience subjective du rétablissement par la personne. Dans cet objectif, la prise en charge du patient doit se faire suivant **un plan établi en concertation avec lui**, sa famille et/ou des proches identifiés par lui. En ce qui concerne la santé somatique, ce plan doit notamment viser le dépistage général de problèmes de santé physiques, la surveillance des effets secondaires des médicaments, la prise en compte des particularités du mode de vie, le traitement des affections/complications somatiques et des consultations de suivi.

Les aspects abordés dans les guidelines internationaux sont notamment :

- les points à examiner à l'admission/au premier contact (avant de débiter le traitement),
- le follow-up durant l'hospitalisation,
- la gestion du poids,
- les points d'attention spécifiques aux femmes,
- les points d'attention spécifiques aux patients âgés,
- l'organisation des soins somatiques,
- l'implication des (aidants) proches,
- la fonction de case-manager,
- la prise en charge de la dépendance au tabac, à l'alcool et à d'autres drogues,
- l'organisation des soins psychiatriques dans les services d'urgences.





La littérature préconise de **former le personnel soignant** des institutions psychiatriques au suivi des **pathologies somatiques chroniques** pouvant affecter les patients. L'utilité **d'outils de détection et de suivi** a été démontrée ; on peut notamment citer un outil de surveillance à l'usage des infirmiers psychiatriques aux Pays-Bas et un algorithme informatisé de suivi cardio-métabolique mis au point en Angleterre (voir le tableau 24 et Annexe 10 du [rapport scientifique](#)).

D'autres éléments relatifs au système de santé en général (soins intégrés), et à la société (accès aux services sociaux, lutte contre la stigmatisation...) font également l'objet de guidelines. La littérature cite également quelques **programmes de santé publique innovants**, comme par exemple une politique d'interdiction de fumer dans les services psychiatriques/de santé mentale, tant pour les patients que pour le personnel.

### 4.3. Éléments de santé somatique à prendre en compte dans le plan de traitement et de suivi

Notre analyse des guidelines existants (voir chapitre 7 du [rapport scientifique](#)) nous a fourni suffisamment d'éléments scientifiquement étayés pour identifier une liste d'interventions pertinentes pour un 'plan de traitement et de suivi' générique utilisable en Belgique. Une liste détaillée de ces interventions se trouve dans la section 7.3 du [rapport scientifique](#). Cette liste pourrait être utilisée comme base de travail pour développer un guideline adapté au contexte belge, de préférence au cours d'un processus de recherche de consensus impliquant les cliniciens, les instances professionnelles belges, et les associations de patients. Nous en livrons un résumé succinct dans le Tableau 1.

Des indicateurs de qualité pourraient éventuellement y être ajoutés.

**Tableau 1 – Résumé des principales étapes d'un 'plan de traitement et de suivi' telles que proposées dans les guidelines internationaux**

Principales étapes	Interventions à effectuer
<b>Évaluation au premier contact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contact avec le médecin généraliste et recherche des dossiers d'hospitalisation antérieurs</li> <li>Anamnèse (ou hétéro-anamnèse) sur les antécédents médicaux et familiaux (diabète, obésité, autres facteurs de risque) et les habitudes de vie (habitudes alimentaires, historique du poids, activité physique, habitudes de sommeil, consommation de tabac/alcool/ substances, comportement sexuel, etc.)</li> <li>Examen physique de base et bilan sanguin complet</li> <li>Examens complémentaires éventuels pour diagnostic différentiel (avis neurologique, EEG, IRM cérébrale en cas de premier épisode psychotique...)</li> </ul>
<b>Examens de la phase post-aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretien sur les conditions sociales et les facteurs de vulnérabilité (éducation, isolement, social, réseau relationnel, etc.)</li> <li>Statut vaccinal et dépistage des infections sexuellement transmissibles</li> <li>Examen neurologique de base, notamment troubles du mouvement</li> </ul>
<b>Initiation de la médication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir le plan de suivi : concertation avec le patient sur les avantages et risques des médicaments, établissement du schéma de médication, désignation d'un coordinateur de soins (case manager), planification des examens de contrôle des effets secondaires, des activités physiques, de la consultation de diététique, des interventions d'accompagnement de l'arrêt tabagique, etc.</li> <li>Avertir sur le risque de diabète et de l'impact du mode de vie sur le risque cardiovasculaire</li> </ul>
<b>Surveillance du traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveiller les effets secondaires (problèmes cardiovasculaires et métaboliques, symptômes extrapyramidaux, problèmes sexuels, etc.) p. ex. 1<sup>er</sup> contrôle après six semaines, puis tous les 3 mois pendant la première année, et ensuite tous les ans</li> <li>Initier le traitement des effets secondaires dès qu'ils se manifestent</li> </ul>



Principales étapes	Interventions à effectuer
<b>Évaluation de la nécessité d'autres interventions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• S'intéresser au vécu subjectif du traitement</li></ul>
<b>Aspects fonctionnels et personnels du rétablissement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impliquer le patient et l'équipe soignante dans des stratégies d'amélioration des habitudes de vie (activités physiques, suivi diététique, interventions de désaccoutumance au tabac, etc.)</li><li>• Mettre en place un suivi bucco-dentaire</li><li>• Discuter des antécédents médicaux en matière de santé sexuelle et envisager une consultation de santé sexuelle et/ou planning familial si cela s'avère nécessaire</li><li>• Vérifier le statut de vaccination et procéder aux vaccinations nécessaires (voire aux traitements spécialisés le cas échéant p. ex. hépatite)</li><li>• Contrôles ophtalmologique, dermatologique, etc. si nécessaire</li></ul>



## 5. BARRIÈRES ET FACILITATEURS IDENTIFIÉS

### 5.1. Méthodologie

Afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs de la dispensation des soins somatiques aux personnes atteintes de maladie mentale, nous avons réalisé une **enquête qualitative** auprès de professionnels de la santé travaillant dans les quatre contextes de soins étudiés, ainsi que de patients.

Nous avons d'abord analysé la littérature qualitative belge et internationale relative aux soins somatiques des personnes atteintes de maladie mentale. Le guide d'entretien a été ensuite élaboré sur la base des résultats de cette revue de littérature (qui ont également été intégrés à cette analyse).

L'enquête auprès des **prestataires de soins** (équipes de soins psychiatriques des 4 contextes étudiés, médecins généralistes attachés à des institutions psychiatriques) a été organisée sous forme d'entretiens semi-structurés, dans les quatre contextes de soins étudiés, en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. Tous les détails du design et du recrutement, ainsi que les résultats, se trouvent dans le chapitre 5 du [rapport scientifique](#).

Les points de vue des **patients** (non hospitalisés au moment de l'enquête) ont pour leur part fait l'objet de *focus groups* (en français et en néerlandais). En raison de la crise du Covid-19, ces *focus groups* ont dû se tenir en ligne. Tous les détails du design et du recrutement, ainsi que les résultats détaillés, se trouvent dans le chapitre 6 du [rapport scientifique](#).

### 5.2. Approche holistique, respectueuse du patient et des soignants

Des différentes sources explorées dans le cadre de cette étude, il ressort d'abord que, dans notre pays, **la santé somatique des personnes atteintes de maladie mentale n'est pas prise en compte dans une optique de 'santé globale'** telle que la prescrivent les guidelines internationaux. Actuellement – comme en témoigne d'ailleurs le sujet même de ce rapport – notre système fonctionne sur un mode dichotomique, distinguant santé psychiatrique et santé somatique comme deux entités

dissociées. Nous avons donc tenté d'aborder l'analyse des obstacles et les pistes d'amélioration en gardant à l'esprit l'objectif d'approche intégrée, holistique et respectueuse des patients.

Notre enquête qualitative a mis en lumière **la stigmatisation et les préjugés** dont sont victimes les patients psychiatriques, une donnée également très présente dans la littérature. Beaucoup de patients qui sont passés par une hospitalisation psychiatrique disent avoir eu souvent **le sentiment de ne pas être écoutés** ou de ne pas être pris au sérieux lorsqu'ils se plaignent de problèmes de santé somatique. Parfois leur plainte est très rapidement attribuée à leur pathologie psychiatrique et classée sans suite. Ils estiment que ce manque de prise en compte entraîne des retards dans leurs soins et des dépenses de santé supplémentaires à leur charge.

Si la stigmatisation des patients psychiatriques n'est pas une donnée nouvelle, nous avons par contre perçu à travers les interviews de soignants des équipes psychiatriques qu'ils se sentent eux aussi stigmatisés et objets de préjugés de la part des autres professionnels de la santé. Ils ont souvent l'impression de **devoir défendre le droit de leurs patients à des soins (somatiques) de qualité** ; ainsi par exemple, il leur est difficile de motiver les spécialistes somaticiens à intervenir auprès des patients hospitalisés en psychiatrie (voir plus loin). De l'avis de certains, cette stigmatisation pourrait être réduite par des contacts accrus entre soignants 'somatiques' et 'psychiatriques' au cours de leur formation (de base et continue). Un modèle de soins intégré devrait améliorer ces collaborations.

**L'autonomisation du patient et de l'autogestion de sa santé** sont des piliers essentiels du concept de 'santé globale'. La dichotomie actuelle des soins ne va pas dans ce sens. La littérature internationale recommande que le patient et ses proches puissent assumer davantage de responsabilités et s'impliquer activement dans les soins. Le support de cette approche est un **'plan de traitement et de suivi'** idéalement élaboré en concertation avec le patient. Par exemple, il a été démontré que l'adhésion à la médication est améliorée par une prise de décision partagée qui permet de créer une alliance relationnelle entre le patient et le psychiatre (quoique de manière moins significative qu'en médecine générale). L'autogestion de la médication est un autre aspect auquel les patients tiennent beaucoup. Le fait de se voir confisquer la totalité de leurs médicaments à l'entrée en



institution, même les produits d'usage courant comme des antidouleurs mineurs ou des vitamines, est ressenti comme un manque de considération.

Par ailleurs, la littérature indique que le **soutien social** et l'**accès à l'information** des personnes atteintes de maladie mentale sont souvent limités, et que le problème est parfois amplifié par un manque de compétences sociales, qui rend difficile la communication par le patient de ses besoins de santé. Cela implique que le prestataire de soins doit être conscient qu'un effort supplémentaire d'écoute et d'empathie est nécessaire pour comprendre la plainte somatique présentée. Sur ce point, les patients interrogés émettent le souhait que les professionnels de la santé apprennent à mieux les écouter et à impliquer davantage leurs proches, qui peuvent souvent les aider à mieux comprendre leur situation.

### 5.3. Accès aux soins somatiques

#### 5.3.1. Préjugés et manque de connaissances

Les médecins somaticiens, généralistes et spécialistes, sont essentiels dans une prise en charge intégrée des patients. Malheureusement, ils sont peu nombreux à être motivés par les soins en institutions psychiatriques, où ils anticipent une charge de travail importante, des prises en charge complexes et une absence de soutien logistique et informatique (dossiers médicaux, accès aux résultats, etc.). Les complications administratives dues aux méandres de la nomenclature expliquent aussi en partie ce désintérêt. Mais l'accès aux soins somatiques est également limité par des considérations plus personnelles des intervenants. Du côté des somaticiens, la littérature rapporte qu'ils ressentent souvent un **sentiment de malaise** vis-à-vis des patients psychiatriques, car leurs connaissances en psychiatrie sont limitées et ils manquent de confiance en eux. Ceci peut aussi les amener à considérer trop rapidement que les plaintes somatiques sont un reflet de la problématique psychiatrique du patient.

Ce point a également été rapporté par les équipes soignantes interrogées, qui confirment les **réticences** rencontrées lorsqu'ils tentent d'organiser l'accès aux soins de santé somatiques spécialisés pour leurs patients. Il leur semble que les prestataires de soins extérieurs (médecins, dentistes, cabinets de radiologie...) sont peu enclins à s'occuper de patients

psychiatriques. Cette réticence est attribuée à la charge de travail déjà élevée de ces prestataires extérieurs, au fait qu'ils ne sont pas disponibles pour recevoir et/ou prendre en charge des patients 'compliqués', mais aussi au sentiment d'insécurité évoqué plus haut et à certaines idées préconçues (p. ex. que le patient n'adhérera pas au traitement instauré).

Il est également difficile d'obtenir d'un **médecin spécialiste qu'il se déplace** lui-même vers une institution psychiatrique, voire même vers le service de psychiatrie au sein du même hôpital. Les équipes interrogées décrivent le processus de demande de soins somatiques comme lourd et chronophage, et le temps d'attente pour les patients en souffrance comme inacceptablement long, même au sein des hôpitaux généraux disposant des somaticiens demandés.

L'**hospitalisation** d'un patient atteint de maladie mentale **dans un service de médecine somatique** (de l'hôpital général) pose également des problèmes. Les soignants interrogés rapportent que les patients sont souvent très rapidement renvoyés en psychiatrie, alors que leur état nécessite encore des soins pour lesquels l'équipe psychiatrique ne se sent pas compétente ou pas en nombre suffisant pour pouvoir dispenser ces soins. De même, lorsqu'un patient considéré comme 'psychiatrique' se présente **aux urgences**, ils ont l'impression qu'il est envoyé au service de psychiatrie sans avoir été correctement examiné, l'équipe des urgences partant du principe que le problème est psychiatrique à la base. Parfois aussi, le patient est hospitalisé d'emblée en psychiatrie malgré un diagnostic nécessitant une hospitalisation dans un service de soins somatiques (p. ex. pour des brûlures).

De leur côté, les **équipes psychiatriques** admettent volontiers que leurs connaissances en médecine somatique ne sont pas optimales et nécessiteraient des remises à jour. Les psychiatres se spécialisent souvent dans les questions de santé mentale dès le début de leur programme de formation, en laissant de côté ce qui touche à la santé somatique. Leurs connaissances ont donc tendance à devenir de plus en plus passives. Il en va plus ou moins de même pour le personnel infirmier, qui reconnaît un manque de compétences pratiques pour des problèmes tels que les perfusions ou les soins de plaies (parfois nécessaires en raison d'automutilations chez les patients). On retrouve donc ici, en miroir, le manque de confiance en soi décrit chez les somaticiens.



### 5.3.2. Financement incohérent et insuffisant

L'aspect financier a été désigné tant par les patients que par les professionnels interrogés comme un obstacle essentiel à l'organisation de soins somatiques optimaux dans notre pays. Cet aspect est confirmé par la littérature (belge).

De façon générale, le manque de moyens se traduit par un **manque de personnel** dans les différents types d'institutions étudiées avec, en conséquence, une charge de travail élevée pour toute l'équipe, un **manque d'équipements** et des **bâtiments inadaptés** pour les soins somatiques.

En ce qui concerne les **médecins généralistes**, le financement actuel de leurs activités en hôpital psychiatrique est insuffisant pour assurer à la fois la prise en charge somatique de chaque patient, la tenue d'un dossier médical, la participation aux réunions d'équipe, la continuité des soins et la collaboration avec la première ligne extérieure et/ou les spécialistes hospitaliers, sans parler d'activités de prévention ou de promotion de la santé. En effet, l'INAMI ne prévoit que des possibilités très limitées pour financer les soins somatiques en psychiatrie. Les hôpitaux doivent donc avoir recours à différents 'arrangements' – dont aucun n'est parfait – pour pouvoir s'adjoindre les services d'un médecin généraliste.

Lorsque le médecin est **salarié** et que sa rémunération est prélevée sur le pool des honoraires des psychiatres, cela peut avoir pour conséquence, outre d'éventuelles tensions entre les deux professions, une tendance à référer en priorité au médecin généraliste les patients qui ont les besoins somatiques les plus importants, au détriment des autres. Lorsque le médecin généraliste travaille comme **indépendant**, le nombre de consultations somatiques autorisées par l'INAMI est limité (max. 2 par mois et 12 par an), ce qui n'est pas toujours suffisant en cas de lourdes comorbidités. Les experts interrogés ont déclaré que la seule solution à cet imbroglio est **d'intégrer de façon structurelle le statut du médecin généraliste à l'hôpital psychiatrique**. Il serait nécessaire de prévoir que sa tâche englobe également la tenue des dossiers médicaux des patients, la participation aux réunions de service, la coordination avec les spécialistes somatiques extérieurs, la continuité des soins en collaboration avec la première ligne, ainsi que les activités de prévention.

Dans les MSP, les médecins généralistes sont payés à l'acte, ce qui ne favorise pas leur investissement à l'égard de ces patients qui requièrent souvent beaucoup de temps et d'énergie. Une collaboration avec le médecin coordinateur de l'institution serait utile mais reste difficile car pas financée.

Le financement des consultations de **spécialistes somatiques** n'est pas favorable non plus : nombre limité de consultations autorisées dans les HP ou SPHG, rémunération inférieure à celle d'une consultation normale (« consultation au lit du patient » selon la nomenclature), sans parler des problèmes logistiques pour déplacer le patient (voir plus loin).

Même le financement des **psychiatres** n'est pas dénué d'incohérences. En effet, de façon assez paradoxale, les honoraires de surveillance dits *psychiatriques* (mais qui englobent *de facto* aussi les aspects somatiques puisque ceux-ci ne sont pas financés par ailleurs) sont dégressifs avec le temps alors que les patients hospitalisés pour de longues durées développent plus fréquemment des problèmes somatiques chroniques nécessitant une surveillance quotidienne.

Les normes de **dotation en personnel infirmier** sont également jugées insuffisantes pour gérer les soins somatiques des patients psychiatriques, et ce d'autant plus que la temporalité est différente en psychiatrie : il faut pouvoir prendre le temps d'écouter le patient, de le mettre à l'aise pour exprimer sa plainte, et décoder cette plainte. Les infirmiers signalent également que leur salaire n'est pas suffisamment attractif pour attirer des infirmiers très qualifiés ou avec des compétences supplémentaires.

Enfin, les personnes interrogées s'accordent à dire que des moyens supplémentaires seraient les bienvenus pour pouvoir financer davantage de **professionnels non psychiatriques**, comme des kinésithérapeutes, diététiciens, éducateurs, coaches sportifs, etc. Ceci est confirmé par la littérature internationale qui précise que la présence dans les équipes de professionnels formés dans une discipline non psychiatrique améliore les soins somatiques pour le patient, mais aussi les connaissances de tout le personnel.



### 5.3.3. Manque de temps et problèmes logistiques

Bien que très motivées par la volonté d'offrir des soins de santé somatiques et psychiatriques optimaux aux patients, les équipes soignantes interrogées ont tenu à souligner à quel point **l'organisation d'une consultation à l'extérieur** requiert beaucoup de temps et de moyens logistiques. En effet, pour se rendre à une consultation extérieure, le patient doit être accompagné par un membre de l'équipe qui peut le rassurer, s'assurer qu'il est bien compris, prendre connaissance du suivi proposé et organiser celui-ci. Ce temps n'est pas prévu dans les normes de staffing, ce qui veut dire que le reste de l'équipe tourne avec une personne en moins lors de ces visites à l'extérieur. Cela conduit régulièrement, de l'avis des équipes soignantes elles-mêmes, à des reports de soins, voire à leur renoncement (p. ex. pour les problèmes dentaires), ce qui peut avoir pour conséquence à terme une dégradation de la santé somatique du patient.

Le transport des patients vers des consultations extérieures exige également une organisation logistique chronophage et semble aussi poser un problème financier important, soit pour l'institution, soit pour le patient, selon les cas.

C'est aussi au manque de temps que les patients attribuent leur **sentiment de ne pas être traités de manière égale** selon les problèmes somatiques présentés, car les médecins généralistes ne peuvent pas voir tous les patients qui le souhaitent. Ils doivent poser des priorités. Par exemple, d'après leur expérience, les problèmes de dépendance et les affections somatiques chroniques semblent retenir davantage leur attention. Les situations problématiques surviennent principalement pour des soins non planifiés/planifiables. En outre, les délais d'attente pour obtenir des soins somatiques sont parfois très longs, souvent parce qu'ils doivent d'abord être approuvés/précrits par le psychiatre pour les raisons de nomenclature évoquées plus haut.

Les patients reconnaissent toutefois de façon assez unanime la bonne volonté des équipes soignantes malgré leur surcharge de travail.

### 5.3.4. Difficultés d'accès aux médicaments

Tant les patients que les professionnels de la santé ont signalé que l'accès aux **médicaments ambulatoires prescrits pour des affections préexistantes** pose souvent problème. En effet, les médicaments administrés (et facturés) par l'hôpital doivent figurer dans le formulaire de l'établissement ; s'ils n'y figurent pas, le médecin doit y substituer un autre médicament, le plus proche possible (c'est notamment le cas pour les contraceptifs oraux). Cette substitution peut entraîner de l'anxiété et de la détresse chez le patient, avec apparition de nouveaux effets secondaires imprévus. Ce problème n'est pas spécifique aux soins psychiatriques, mais étant donné la fragilité émotionnelle des patients, les conséquences peuvent être plus difficiles à gérer dans ce contexte. Certains patients ont également rapporté qu'ils ne sont pas toujours avertis de cette substitution.

Par ailleurs, **l'automédication** n'est pas autorisée en institution psychiatrique et les procédures pour obtenir ne serait-ce qu'un simple antidouleur sont longues et complexes étant donné que toute administration doit être approuvée par le psychiatre. Il n'est donc pas rare que le patient attende de longues heures avant d'être soulagé.

Enfin, comme déjà signalé, les patients se voient confisquer leurs **médicaments familiaux** à leur entrée à l'hôpital, une pratique qui est ressentie comme paternaliste et peu respectueuse. Dans ces deux derniers cas, certaines équipes incitent parfois elles-mêmes les patients à se procurer les médicaments eux-mêmes par un autre canal, par exemple en allant les acheter eux-mêmes à la pharmacie du quartier, ou en demandant à la famille de les apporter.

## 5.4. Qualité des soins somatiques

Notre étude nous a permis d'identifier dans la littérature internationale de nombreux **guidelines et documents de consensus** consacrés (en tout ou en partie) aux soins somatiques des personnes atteintes de maladie mentale. Nos entretiens avec les soignants nous ont toutefois permis de comprendre que cette abondance de guidelines n'est pas nécessairement un avantage et qu'ils souhaitent plutôt que soit mise à leur disposition une **liste de tests et d'outils cliniques standard**, à réaliser au moment de l'admission, durant l'hospitalisation et au moment de la sortie. Dans le





chapitre 7, section 7.3.3 du [rapport scientifique](#), nous présentons un tableau synoptique reprenant toutes les interventions (partiellement evidence-based) identifiées et applicables dans notre pays. L'ensemble de ces interventions peut constituer une base de travail pour l'élaboration d'un plan de soins.

#### 5.4.1. Consultation d'admission

Lors d'une **hospitalisation**, les questions de santé somatique sont théoriquement abordées avec un médecin lors d'une **consultation d'admission** (sauf si l'admission se fait via les urgences, auquel cas c'est le service d'urgences qui effectue l'évaluation physique du patient, mais les équipes interrogées considèrent que celle-ci est souvent bâclée – voir plus haut). Ce premier examen somatique n'est cependant pas systématique car les médecins n'ont pas le temps de voir tous les nouveaux patients. Cela dépend souvent de l'état du patient et de sa pathologie (p. ex. un patient toxicomane sera systématiquement examiné car son risque de problèmes somatiques est élevé).

Néanmoins, une procédure d'évaluation standard avec mesure du poids, de la tension artérielle, etc., est le plus souvent réalisée par les **infirmiers** endéans les 48 à 72 heures après l'admission. Les **examens réalisés** sont assez variables : analyse de sang (recherche d'effets secondaires des traitements médicamenteux, dépistage des hépatites), ECG, EEG, etc., en fonction des institutions et de leur équipement. Certaines institutions disposent de procédures internes, d'autres pas.

Les soignants interrogés estiment qu'il est souvent difficile de trouver les **informations sur les antécédents du patient**, dont ils ont besoin pour établir une prise en charge somatique correcte, surtout si le patient n'a pas de médecin généraliste régulier. Le schéma de médication est difficile à reconstituer et les raisons de la prise de certains médicaments ne sont pas claires. Il n'est donc pas rare de devoir repenser toute la médication de zéro (également afin de l'aligner avec le formulaire de la pharmacie de l'hôpital). La recherche de ces informations est décrite par les soignants comme une tâche compliquée et chronophage.

Dans les **maisons de soins psychiatriques**, les résidents sont généralement transférés depuis un hôpital. Si le médecin généraliste

coordinateur de la MSP a accès aux dossiers médicaux de cet hôpital, il peut s'informer des antécédents du patient et prendre connaissance des éventuels examens effectués, mais c'est loin d'être toujours possible.

Dans les **initiatives d'habitations protégées**, le psychiatre interroge brièvement le (candidat) résident sur ses problèmes de santé somatiques, notamment pour être certain que son état lui permettra de vivre sans surveillance continue. Comme le patient garde son médecin généraliste extérieur, la question de la santé somatique n'est pas davantage approfondie. Si le patient n'a pas de médecin généraliste, il sera fortement encouragé à en désigner un, et l'équipe d'encadrement pourra l'accompagner dans cette démarche.

#### 5.4.2. Initiation du traitement et plan de suivi

Les guidelines recommandent de mettre en place, dès l'admission du patient, un **plan de traitement et de suivi visant le rétablissement** (voir 4.2) élaboré en **concertation avec lui** (et ses proches). Ce plan doit reposer sur une évaluation complète des antécédents et du mode de vie du patient afin d'identifier ses facteurs de risque et de mettre en place les éléments de suivi nécessaires.

En cas de **prescription de médicaments psychiatriques ou autres**, le médecin prescripteur doit informer le patient sur l'utilité de ce traitement ainsi que sur les risques métaboliques et autres qui y sont associés. La **détection précoce des effets secondaires** est une recommandation unanime de tous les guidelines existants ; elle doit débuter dès l'initiation du traitement. D'après les équipes interrogées, il existe pour cela plusieurs procédures standardisées dont l'utilisation est variable d'une institution à une autre. C'est souvent le médecin généraliste attaché à l'institution qui en est chargé ; s'il n'y en a pas, il semble que ce suivi soit principalement assuré par le psychiatre. Des actions de prévention (exercice physique, mesures diététiques...) doivent également être mises en place de façon précoce, sans attendre que les effets secondaires se développent. Les guidelines recommandent de mettre en place une personne pour coordonner les soins, comme par exemple un infirmier spécialisé ou un case manager aux Pays-Bas.



### 5.4.3. Suivi durant l'hospitalisation

Les médecins généralistes travaillant en milieu hospitalier disent essayer de voir systématiquement tous les patients, par exemple tous les ans ou tous les six mois, et de leur ouvrir un **dossier médical global** (pour lequel ils ne sont toutefois pas rétribués car ce n'est en théorie pas possible dans un contexte hospitalier). Parfois, ils profitent du fait que le patient est hospitalisé pour faire un bilan de santé général, relancer un traitement ou faire des examens qui avaient été reportés, en particulier pour les patients qui n'ont pas eu de contact avec un médecin pendant une longue période ; cela permet parfois de détecter des pathologies somatiques graves (hépatite, cancer...). Toutefois, les soignants interrogés soulignent qu'il faut rester réaliste quant à la poursuite des traitements une fois le patient sorti de l'hôpital. Pour cette raison, certains hésitent à initier une prise en charge, ou optent pour un traitement suboptimal moins contraignant, qui aura davantage de chances d'être suivi.

En cas de **problème somatique aigu** pendant l'hospitalisation, l'infirmier le signale au psychiatre ou médecin généraliste, met une note dans le dossier du patient ou demande une consultation (ou appelle une ambulance si nécessaire). Le personnel infirmier doit cependant être capable de discerner les plaintes qui traduisent réellement un problème somatique ou, à l'inverse, d'être attentif à des signes ou des attitudes pouvant indiquer un problème chez un patient qui ne se plaint pas. Cela demande une certaine expertise. Rappelons ici que, de leur côté, les patients déplorent qu'ils ne sont pas toujours pris au sérieux quand ils signalent des plaintes somatiques.

La nuit ou le week-end, c'est généralement le psychiatre qui est rappelé, et qui décide s'il faut faire appel ou non au médecin généraliste, ou à un autre spécialiste.

### 5.4.4. Prévention et promotion de la santé

Il est bien connu que les personnes atteintes de maladie mentale cumulent de nombreux déterminants de santé préjudiciables, comme les habitudes de vie néfastes, la précarité (voire l'exclusion sociale), le manque d'accès aux services (de santé et autres). Les guidelines internationaux présentent des preuves que le soutien social peut améliorer ces aspects et indiquent quelques mesures à prendre, comme par exemple la psychoéducation et le développement des compétences d'autogestion de la maladie. Ils précisent aussi que les professionnels ont le devoir de veiller à ce que les patients aient accès, dès leur admission, à des interventions scientifiquement fondées concernant leur mode de vie. Malheureusement, les interventions evidence-based sont encore fort rares. Seuls les programmes d'activité physique (de préférence amusants, est-il précisé dans l'article) et de cessation tabagique semblent donner des résultats probants (pour les seconds, à condition d'être proposés sous forme individuelle et intensive).<sup>23</sup>

En pratique, on constate que **la prévention et la promotion de la santé ne sont pas des priorités dans les contextes de soins psychiatriques belges** ; elles sont considérées comme difficiles à mettre en œuvre, surtout si la durée du séjour est courte. Les équipes disent cependant prendre certaines initiatives, telles que des 'journées ou semaines de la santé', l'organisation d'activités physiques, etc. L'environnement n'est pas toujours favorable. Ainsi par exemple, certains voudraient sensibiliser les patients à l'importance d'une alimentation équilibrée, mais ils n'ont aucune prise sur la qualité des repas servis ni sur la présence de distributeurs de sodas ou de sucreries dans l'institution. Ou encore certains voudraient encourager l'arrêt du tabac mais il n'y a pas d'intervention financière pour les substituts nicotiques. Les patients confirment et déplorent ces incohérences.

D'autres initiatives sont également citées, en matière de vaccination (grippe), de santé sexuelle et de contraception, de dépistage, d'hygiène dentaire ou de visite chez un dentiste.





#### 5.4.5. Formation du personnel

Le manque de formation du personnel psychiatrique aux questions de santé somatique a déjà été évoqué plus haut. Les professionnels interrogés dans le cadre de cette étude s'accordent sur le fait que des recyclages devraient être envisagés. Une attention accrue devrait aussi être accordée à la prise en considération simultanée des points de vue somatiques et psychiatriques pour les étudiants en cours de formation.

De leur côté, les patients, qui reconnaissent et apprécient les compétences en soins de santé mentale des équipes soignantes, ont néanmoins déclaré que les soins de santé somatiques seraient certainement meilleurs si les aptitudes et compétences nécessaires pouvaient être disponibles.

La littérature confirme d'ailleurs que la formation des professionnels de la santé psychiatrique aux soins de santé somatiques, y compris les aspects pratiques, le dépistage et la prévention, est bénéfique.

### 5.5. Coordination des soins

#### 5.5.1. Communication entre soignants et continuité des soins

La littérature internationale considère que la coordination et l'intégration des soins sont **des éléments essentiels pour des soins de qualité**. Or, selon la littérature belge, la collaboration entre psychiatres et médecins somaticiens est très insuffisante.

Les **difficultés de communication** entre les services ou institutions psychiatriques et les services somatiques spécialisés des hôpitaux ont déjà été évoquées dans la section sur les préjugés mais doivent également l'être ici. C'est notamment le cas lorsqu'il faut faire examiner ou soigner des patients psychiatriques dans des services somatiques (parfois du même hôpital), ou lorsque des patients psychiatriques sont admis via les urgences et envoyés vers la psychiatrie après un examen somatique (trop) sommaire. Devant cet état de fait, les équipes psychiatriques ressentent une grande frustration.

Ici aussi, c'est sur le **rôle du médecin généraliste** que se focalise l'attention. Outre leur présence auprès des patients, ils peuvent aider les psychiatres à interpréter les résultats des analyses et examens somatiques, assurer la liaison entre le service de psychiatrie et les médecins somaticiens spécialisés, et communiquer avec les prestataires de soins extérieurs, assurant ainsi la continuité des soins, notamment au moment du départ du patient (voir plus loin). Il a été noté au cours des entretiens que, quand ils existent, des **accords clairs entre médecins ou entre services** pour organiser des visites de médecins somaticiens auprès de patients du service psychiatrique réduisent considérablement la charge de travail de l'équipe soignante, mais aussi les temps d'attente et l'anxiété des patients. Déjà mentionné également mais il est bon de le répéter : la nécessité de mettre en place pour chaque patient un plan de traitement et de suivi (personnalisé, intégré, multidisciplinaire) avec du **temps protégé consacré à des réunions interdisciplinaires**.

Dans la littérature internationale, il est fait référence à des budgets partagés pour des **fonctions de 'liaison somatique'** qui permettent de favoriser les collaborations sur les questions de soins somatiques. Sans surprise, l'utilisation des **technologies de l'information** pour soutenir les professionnels est chaudement recommandée : dossiers médicaux électroniques partagés (et compatibles entre réseaux, régions, etc.), aide-mémoires électroniques pour les examens à effectuer ou les valeurs-seuils de certains paramètres, liens électroniques avec la pharmacie pour les prescriptions, mise à disposition de guidelines en ligne (p. ex. ebpracticenet), etc.

Les patients ont regretté qu'au moment de leur sortie de l'hôpital, ils se sentent parfois très démunis pour trouver tout seuls un médecin généraliste, se procurer leurs médicaments pour les premiers jours (pas d'approvisionnement par l'hôpital), prendre des rendez-vous de suivi pour leurs soins de santé somatiques avec un spécialiste, etc. Il a été suggéré par les équipes soignantes qu'une **réunion de sortie** doive être systématiquement organisée, incluant le pharmacien et le médecin généraliste du service, pour organiser le suivi et préparer un rapport de sortie comportant résultats d'examen, suivi nécessaire de la médication, rendez-vous avec d'autres prestataires de soins, etc. (pour ce qui concerne les soins somatiques). Dans les institutions où certaines de ces dispositions



existent, les équipes sont très satisfaites et souhaitent que cela soit renforcé. Un point d'attention cependant : la question du secret médical lors du partage d'informations avec un professionnel de santé externe ou la famille, qui est soumise au consentement du patient.

### 5.5.2. *Communication avec le patient*

Les patients sont les premiers à pâtir des ratés de la communication entre professionnels de santé (problèmes d'accès aux dossiers d'hospitalisations antérieures, partage d'informations avec les médecins généralistes au moment de l'admission ou de la sortie), mais ils sont également préoccupés par les problèmes de communication entre eux-mêmes et les professionnels de santé : **manque d'informations** sur leur diagnostic (psychiatrique ou somatique), sur les traitements prescrits, les changements de médication et les effets secondaires éventuels, sur les personnes à contacter en cas de problème de santé somatique, sur les mesures de protection sociale auxquelles ils ont droit, etc.

En revanche, ils se disent relativement bien informés sur le suivi des effets secondaires somatiques de leurs médicaments, qu'ils considèrent comme assez bien géré, à quelques exceptions près, par exemple lorsque la prise de poids n'est pas surveillée. Toutefois, ils rapportent qu'ils **n'ont pas toujours été correctement informés à l'avance au sujet de ces effets secondaires** en début de traitement, alors que certains ont un impact important sur leur vie et leur qualité de vie. Quelques patients racontent avoir vécu des moments difficiles avant de comprendre que ce qu'ils ressentaient ou observaient était 'simplement' un effet secondaire de leur traitement.

## 6. PISTES D'AMÉLIORATION DES SOINS SOMATIQUES AUX PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE

### 6.1. *Vers une approche holistique, intégrée et respectueuse de la personne atteinte de maladie mentale*

Les guidelines internationaux (dont celui de l'OMS) considèrent l'approche holistique, intégrée et respectueuse comme **l'axe central des soins aux personnes atteintes de maladie mentale**. On sait en effet que la santé psychique de ces personnes s'améliore lorsque leur santé somatique est également prise en charge, et vice-versa. **La dichotomie entre soins psychiatriques et somatiques est une conception ancienne qui doit être abandonnée**. L'hospitalisation psychiatrique doit donc être vue comme un moment et un lieu où **la santé globale du patient doit être l'objectif principal** dans un esprit de **rétablissement** et d'**autonomisation**. La relation avec le patient doit également devenir **plus respectueuse de ses choix et de ses volontés**, ce qui implique qu'il soit correctement informé de son état de santé et de son traitement, et que les décisions posées résultent d'une concertation avec lui.

Actuellement, **les contextes de soins psychiatriques étudiés dans ce rapport ne sont pas organisés, structurés, outillés pour pouvoir respecter ces principes**. Nous voudrions donc conclure ce rapport par une série de recommandations générales visant à permettre la mise en place, dans les différents contextes de soins étudiés, d'une telle approche intégrée des besoins de soins du patient. Ce qui veut dire non seulement intégrer ses besoins psychiques et somatiques mais aussi ses conditions de vie et l'environnement social sur lequel il peut compter.

Cela nécessite de **repenser l'hospitalisation psychiatrique** en cessant de la considérer comme une entité 'à part' dans le paysage des soins. C'est particulièrement le cas des hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques au sein d'un hôpital général. Les réformes actuellement en cours de la nomenclature et du financement des hôpitaux sont des opportunités à saisir pour concrétiser cette approche. Les initiatives



d'habitations protégées, déjà nettement plus orientées vers la vie dans la communauté, sont moins concernées ici ; les maisons de soins psychiatriques occupent une position intermédiaire. **Par conséquent, les recommandations présentées dans ce rapport portent principalement sur les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques au sein d'un hôpital général.**

#### *6.1.1. Un plan de traitement et de suivi pour chaque patient, établi en concertation avec lui*

Tout patient entrant dans une institution psychiatrique devrait recevoir un **'plan de traitement et de suivi' couvrant à la fois ses soins psychiatriques et somatiques**, comme le recommandent de nombreux guidelines au niveau international.

Ce plan doit mettre en application les **droits des patients** (soins de qualité ; liberté de choisir le professionnel de soins ; information sur son état de santé ; liberté d'accepter ou de refuser un traitement ; droit à consulter son dossier patient ou une copie de celui-ci ; respect de la vie privée ; possibilité de déposer une plainte auprès du médiateur ; possibilité de désigner un représentant). Il doit être établi et mis à jour par l'équipe psychiatrique en concertation avec le patient, et avec ses proches si le patient le souhaite. Il est toutefois essentiel de définir au préalable avec lui quelles informations peuvent être partagées et avec qui, et de notifier cette décision dans son dossier médical (électronique).

L'information du patient et son implication dans ses soins sont essentiels. À cet effet, le **plan de traitement et de suivi** doit comporter (entre autres) une information sur l'organisation des soins intégrés, y compris pour les aspects urgents, chroniques et préventifs ; une information sur tous les médicaments prescrits et leurs effets secondaires, et ce dès le début du traitement ; un planning des examens complémentaires à réaliser ; un aperçu de la planification de la médication dans le temps, et des modifications de cette médication au fur et à mesure qu'elles surviennent. Un accord doit être trouvé sur les modalités d'obtention ponctuelle de médicaments tels que les analgésiques et sur la possibilité d'avoir recours à l'automédication, par exemple pour la contraception et les vitamines. En outre, il est essentiel que toute demande somatique du patient soit accueillie et considérée de

manière respectueuse et confidentielle. À cet effet, il serait utile qu'une attention accrue soit accordée, dans la formation des futurs professionnels, à la prise en considération simultanée des points de vue somatiques et psychiatriques, et au respect de toute plainte somatique.

Des actions de sensibilisation devraient également être mises en place par les associations de patients/de proches de patients (ou par les pouvoirs publics, en collaboration avec ces associations) pour informer les personnes atteintes de maladie mentale sur les risques importants de problèmes de santé somatiques qui les guettent ainsi que sur les mesures de protection sociale auxquelles elles ont droit.

#### *6.1.2. Un plan de traitement et de suivi qui repose sur des guidelines internationaux adaptés à la Belgique*

Le plan de traitement et de suivi, établi en concertation avec le patient, constitue **l'axe central des guidelines internationaux**. La littérature internationale en propose de nombreuses versions, mais peu d'équipes les mettent effectivement en œuvre de façon régulière en Belgique. Elles sont plutôt demandeuses de **directives et d'outils précis adaptés à notre pays**. Le travail effectué dans le cadre de ce projet nous a fourni l'opportunité d'identifier de nombreux 'plans de traitement' et 'itinéraires de soins' mais la plupart des interventions qu'ils contiennent reposent sur des consensus, faute de données probantes. C'est pourquoi il sera également nécessaire de mettre en œuvre un **processus de recherche de consensus** pour l'adaptation de ces plans et guidelines étrangers au contexte belge, en concertation avec les cliniciens concernés et les associations de patients.

Si le détail des interventions à mettre en œuvre doit encore être affiné pour la Belgique, les grandes lignes peuvent cependant déjà être dessinées. Le plan de traitement et de suivi devrait donc à tout le moins prévoir une **visite médicale à l'admission**, un suivi attentif des **effets secondaires des médicaments** prescrits pendant toute la durée de l'hospitalisation, et des activités visant à **réduire les facteurs de risque somatiques** (notamment un suivi par un diététicien pour tout patient prenant des médicaments psychiatriques, un accompagnement individuel de l'arrêt du tabagisme, un suivi par un kinésithérapeute ou un coach sportif dès le début du traitement).



Enfin, le plan de traitement et de suivi devrait prévoir des **interventions de santé similaires à celles qui peuvent être offertes à la population générale**, comme par exemple des consultations de santé sexuelle (dépistage des infections sexuellement transmissibles, discussion et offre de contraception...), les vaccinations pertinentes, ou le dépistage des cancers du côlon, du sein et du col de l'utérus.

## 6.2. Accès aux soins somatiques

Nous avons vu que l'accès aux soins somatiques est plus malaisé pour les patients psychiatriques que pour le reste de la population, ce qui constitue une discrimination. Les différents facteurs responsables de cette situation sont d'une part les **préjugés** à l'égard des patients psychiatriques et de leurs soignants, et d'autre part les **limitations historiques inhérentes à la réglementation** et le **manque de financement des soins somatiques** qui en découle (honoraires, matériel, infrastructure, logistique).

Il semble important d'ériger en principe de départ que tout patient admis dans une institution psychiatrique doit bénéficier d'un **accès aux soins somatiques similaire à celui dont bénéficie la population générale**.

À cet effet, il semble qu'un prérequis minimum soit que chaque institution psychiatrique dispose d'au moins **un médecin généraliste** au sein de l'équipe psychiatrique et que ce médecin généraliste dispose d'un temps de travail adéquat par rapport aux besoins du service/ de l'institution. Cette fonction de médecine générale doit être rémunérée de manière structurelle et les contraintes administratives (nomenclature, limitation des prescriptions, etc.) doivent être éliminées afin que le médecin généraliste puisse exercer son office (somatique) sans limitations inutiles.

Chaque institution psychiatrique doit également organiser l'accès de ses patients à des **spécialistes somaticiens** en fonction des besoins. Cet accès doit faire l'objet d'accords clairs entre institutions, entre services ou cabinets privés. Ici également, les contraintes administratives et logistiques (nomenclature, transport des patients, etc.) doivent être éliminées afin que ces soins spécialisés puissent être délivrés sans limitations inutiles. Le choix final du spécialiste revient cependant toujours au patient.

Le **personnel psychiatrique** reconnaît manquer parfois de compétences suffisantes en matière de soins somatiques généraux pour pouvoir répondre aux besoins de soins quotidiens des patients. La littérature confirme les bénéfices de la formation des professionnels de la santé psychiatrique aux soins de santé somatiques, y compris dans les aspects pratiques, le dépistage et la prévention. Il serait donc nécessaire de proposer au personnel des équipes de soins psychiatrique une **offre de formations continues** et de les encourager à y participer. Pour les médecins et infirmiers, cette formation continue doit aussi porter sur les **compétences pratiques**. Il est probable que les **normes d'encadrement infirmier** devront être revues à la hausse, selon des modalités à définir.

L'accès aux soins somatiques englobe également l'accès à des **soins spécifiques** tels que les soins dentaires ou le planning familial, comme pour la population générale. Enfin, il est indispensable de veiller à ce que les **infrastructures et équipements** du service / de l'institution soient adaptés aux soins somatiques, sûrs et disponibles en temps utile. Cela implique que le service / l'institution doit avoir établi des accords avec des acteurs locaux, par exemple pour la location de matériel (p. ex. fauteuil roulant) ou l'accès à certaines infrastructures (p. ex. imagerie médicale).

## 6.3. Coordination des soins de santé somatiques, collaboration entre soignants et continuité des soins

Viser un objectif de santé globale implique de toute évidence que les soignants des différentes disciplines – qu'elles portent sur la santé somatique ou psychique – doivent communiquer, se coordonner et se concerter autour du patient (et avec lui). Nous avons évoqué plus haut la nécessité d'intégrer les professionnels des soins somatiques dans l'institution et d'éliminer les obstacles administratifs et financiers à cette intégration. Il s'agit à présent de consolider cette intégration par la mise en place de **réelles collaborations**, non seulement au sein des équipes soignantes des services de psychiatrie, mais aussi avec les autres services ou institutions impliquées dans les soins somatiques. Nous pourrions décrire cela comme une **continuité 'transversale' des soins** durant les hospitalisations. À côté de cela, le rétablissement de la personne atteinte de maladie mentale et son retour dans la communauté ne pourront être atteints



que si une **continuité 'longitudinale' des soins** est également assurée lors de toute hospitalisation, de l'admission jusqu'à la sortie, et au-delà.

En ce qui concerne la coordination de soins **durant l'hospitalisation**, il semble logique que **le médecin généraliste** soit chargé 1/ de la coordination des soins somatiques **au sein de l'équipe psychiatrique** (et qu'il participe, à ce titre, aux réunions de l'équipe) et 2/ des relations **avec les prestataires extérieurs**. Cela implique qu'il tienne, pour chaque patient, un dossier médical somatique, intégré au dossier psychiatrique. **Ce dossier médical somatique doit être informatisé<sup>f</sup> et accessible à tous les prestataires de soins** concernés (sous réserve d'acceptation du patient). Doivent y figurer (entre autres) : le suivi des effets secondaires, les résultats des examens complémentaires, les orientations vers les spécialistes et la préparation de la sortie. Tout médecin extérieur qui effectue des examens complémentaires chez un patient hospitalisé en psychiatrie devrait être en mesure de transmettre les résultats au médecin généraliste de l'équipe psychiatrique sous une forme telle qu'ils puissent être ajoutés au dossier somatique du patient.

Ces tâches de coordination des soins doivent être prises en compte dans le **financement structurel** évoqué plus haut. Dans les **maisons de soins psychiatriques**, une fonction de **médecin coordinateur** pourrait être créée, sur le modèle des médecins coordinateurs et conseillers (MCC) dans les maisons de repos et de soins. Pour les patients chroniques complexes ou présentant des multimorbidités, le financement pourrait s'inspirer du modèle des consultations multidisciplinaires en oncologie.

En ce qui concerne la continuité des soins en amont et en aval de l'hospitalisation, il est essentiel d'établir et de préserver une **bonne communication entre tous les prestataires de soins en lien avec le patient** dès son entrée, durant l'hospitalisation et lors de la sortie. Cette communication doit être sous-tendue par un partage efficace d'informations dans les deux sens (sous condition d'accord du patient, comme souligné plus haut). Il est indispensable que l'équipe qui accueille le patient puisse

avoir **accès en temps utile aux informations nécessaires** à une bonne prise en charge somatique (antécédents, schéma de médication...). Lors du **transfert** d'un patient psychiatrique vers un service somatique, ou inversement d'un service somatique vers le service psychiatrique, des accords clairs doivent être structurellement prévus quant au partage des tâches et des responsabilités. Dans les services psychiatriques au sein d'un hôpital général, une fonction de 'liaison somatique' pourrait être créée (en miroir à la fonction existante de liaison psychiatrique) mais ce point nécessitera des études complémentaires.

Enfin, une **consultation de préparation à la sortie** devrait être systématiquement organisée (prévue dans le 'plan de traitement et de suivi'). Un rapport de sortie et un plan de suivi ultérieur devrait ensuite être communiqué en temps utile aux prestataires extérieurs de première ligne. Ce rapport de sortie devrait récapituler l'ensemble des évaluations (psychiatriques ou somatiques) effectuées au cours du séjour du patient.

#### 6.4. Collecte de données et indicateurs de qualité

Nous avons vu que, en Belgique, les données épidémiologiques relatives à la santé somatique des personnes atteintes de maladie mentale sont souvent incomplètes et ne permettent pas de cerner avec précision l'état de santé de ces personnes. Il serait intéressant de remédier à ce problème, sans pour autant imposer une surcharge de tâches d'encodage aux équipes soignantes. Il est donc nécessaire de réviser le système de collecte de données du RPM de manière à rendre les données somatiques qui y figurent plus exploitables et si possible utilisables pour l'élaboration d'indicateurs et à des fins de recherche.

<sup>f</sup> Nous partons du principe que les dossiers médicaux doivent être informatisés et que leur utilisation doit être encouragée, selon la tendance générale

actuelle des soins de santé. Il n'entrait pas dans le cadre de cette étude d'analyser les besoins d'informatisation spécifiques des soins de santé mentale.



### 6.5. Pistes de recherches futures

Certaines des pistes d'amélioration listées ci-dessus ouvrent des questions pour lesquelles nous ne disposons pas encore de réponses evidence-based. Ce sont autant de thèmes de recherches qui devraient être explorés dans un proche avenir :

- Comment assurer la continuité des soins somatiques en termes de collaboration optimale entre première et deuxième ligne, en particulier avec les équipes mobiles ?
- Quels pourraient être les modèles de collaboration entre médecins généralistes externes et médecins somaticiens travaillant dans des institutions de soins où les patients séjournent parfois longtemps, comme les hôpitaux psychiatriques ?
- Quel pourrait être le rôle d'une fonction de 'liaison somatique' dans les services psychiatriques au sein d'un hôpital général ?
- Quel pourrait être le rôle d'un infirmier coordinateur (case manager) dans l'organisation des soins somatiques en institution psychiatrique (cf. modèle des Pays-Bas) et quelle formation faudrait-il mettre sur pied pour créer cette fonction en Belgique ?
- Comment améliorer la gestion de la prise de poids et le sevrage tabagique chez les patients ?
- Dans quelle mesure les nouvelles technologies de communication (p. ex. téléconsultation) pourraient-elles être mises à profit pour optimiser les soins somatiques en psychiatrie ?
- Quelles sont les normes optimales d'encadrement infirmier (nombre, qualification, différenciation de fonction) en milieu psychiatrique ? Comment tenir compte dans la rémunération des compétences spécifiques complémentaires et du financement des formations ?
- De façon générale, le financement des hôpitaux psychiatriques devrait faire l'objet d'un examen attentif dans le cadre de la réforme en cours du financement des hôpitaux.





## ■ RECOMMANDATIONS<sup>9</sup>

*Aux quatre types d'institutions psychiatriques étudiées dans ce rapport et à leur personnel soignant :*

1. Dans un esprit d'approche holistique, intégrée et respectueuse des soins aux personnes atteintes de maladie mentale, attribuer à chaque patient admis dans une institution psychiatrique un plan de traitement et de suivi couvrant à la fois ses soins psychiatriques et somatiques.

Ce plan devra :

- a) reconnaître et appliquer les droits des patients (soins de qualité ; liberté de choisir le professionnel de soins ; information sur son état de santé ; liberté d'accepter ou de refuser un traitement ; droit à consulter son dossier patient ou une copie de celui-ci ; respect de la vie privée ; possibilité de déposer une plainte auprès du médiateur ; possibilité de désigner un représentant) ;
- b) être établi (et mis à jour) par l'équipe soignante en concertation avec le patient (et avec ses proches s'il le souhaite).
- c) être consigné dans un dossier médical (électronique) ouvert au nom du patient (voir aussi recommandation 4/a) ;
- d) se conformer aux recommandations de prise en charge de la santé somatique édictées dans un guideline belge encore à rédiger (voir recommandation 2) ;
- e) comporter (entre autres) : une information sur l'organisation des soins intégrés, y compris pour les aspects urgents, chroniques et préventifs ; une information sur tous les médicaments prescrits et leurs effets secondaires, et ce dès le début du traitement ; un planning des examens complémentaires à réaliser ; un aperçu de la planification de la médication dans le temps, et des modifications de cette médication au fur et à mesure qu'elles surviennent ; un accord sur les modalités d'obtention ponctuelle de médicaments tels que les analgésiques et sur la possibilité d'avoir recours à l'automédication, par exemple pour la contraception et les vitamines ;
- f) définir avec le patient quelles informations peuvent être partagées et avec qui, et cette décision doit être notifiée dans le dossier médical (électronique).

---

<sup>9</sup> Le KCE reste seul responsable des recommandations.



***Aux associations professionnelles en lien avec la psychiatrie et la médecine générale et aux associations de patients :***

- 2. Adapter au contexte belge les guidelines internationaux relatifs à la prise en charge en milieu hospitalier de la santé somatique des personnes atteintes de maladie mentale selon un processus de recherche de consensus impliquant les cliniciens concernés.**

**Ce guideline belge devra :**

- a) prévoir les interventions à réaliser lors d'une visite médicale à l'admission et pour le suivi des effets secondaires des médicaments prescrits pendant toute la durée de l'hospitalisation ;
- b) prévoir des activités visant à réduire les facteurs de risque de maladies somatiques, notamment un suivi diététique pour tout patient prenant des médicaments psychiatriques, un accompagnement dans des activités physiques dès le début du traitement, des interventions individuelles de désaccoutumance tabagique ;
- c) prévoir des interventions de santé similaires à celles pouvant être offertes à la population générale, comme par exemple des consultations de santé sexuelle (dépistage des infections sexuellement transmissibles, discussion et offre de contraception...), les vaccinations pertinentes, ou le dépistage des cancers du côlon, du sein et du col de l'utérus ;
- d) être activement diffusé dans les différentes régions du pays.

***À l'INAMI, au SPF Santé publique, aux hôpitaux psychiatriques et aux hôpitaux généraux abritant un service de psychiatrie :***

- 3. Veiller à ce que tout patient admis dans une institution psychiatrique puisse bénéficier d'un accès aux soins somatiques similaire à celui dont bénéficie la population générale, en fonction de ses besoins spécifiques. À cet effet, il est nécessaire de :**
  - a) prévoir, pour chaque institution psychiatrique au moins un médecin généraliste au sein de l'équipe psychiatrique pour fournir des soins somatiques aux patients. Dans les hôpitaux généraux, ce rôle pourrait être tenu par un interniste, ou une fonction de 'liaison somatique' pourrait être créée (en miroir à la fonction existante de liaison psychiatrique). Ce médecin doit disposer d'un temps de travail adéquat par rapport aux besoins du service/ de l'institution et ce temps de travail doit être rémunéré de manière structurelle ;





- b) lever les contraintes administratives concernant les soins somatiques (nomenclature, limitation des prescriptions, etc.) afin que le médecin généraliste puisse exercer son office sans limitations inutiles.
- c) établir des accords clairs entre institutions, entre services ou cabinets privés afin d'organiser, dans chaque institution/service, l'accès des patients à des spécialistes somaticiens en fonction des besoins des patients ;
- d) lever les contraintes administratives et logistiques (nomenclature, transport des patients, etc.) afin que ces soins spécialisés puissent être délivrés sans limitations inutiles.
- e) garantir un accès à du personnel de soins ayant des connaissances suffisantes en matière de soins somatiques généraux pour pouvoir répondre aux besoins de soins quotidiens (voir aussi recommandation 7). Ceci peut impliquer une révision des normes d'encadrement infirmier.
- f) veiller à ce que les soins spécifiques tels que les soins dentaires ou les soins préventifs soient également accessibles dans une mesure similaire à celle offerte à la population générale.
- g) veiller à ce que l'infrastructure et l'équipement de soins somatiques soit adéquat, sûr et disponible en temps utile. Pour les hôpitaux psychiatriques, cela implique d'établir des accords avec des acteurs locaux, par exemple pour la location de matériel (p. ex. fauteuil roulant) ou l'accès à certaines infrastructures (p. ex. imagerie médicale).

*Aux quatre types d'institutions psychiatriques étudiées dans ce rapport et à leur personnel soignant, ainsi qu'à l'INAMI pour les aspects de financement :*

4. Organiser le fonctionnement des services de manière à ce que le médecin chargé de la coordination des soins somatiques au sein de l'équipe psychiatrique puisse participer aux réunions de l'équipe psychiatrique et maintenir une bonne communication avec les prestataires extérieurs au service /à l'institution. À cet effet, il est nécessaire de :
  - a) ouvrir, pour chaque patient, un dossier médical somatique (informatisé) intégré au dossier psychiatrique. Ce dossier médical somatique doit être accessible à tous les prestataires de soins concernés (sous réserve d'acceptation du patient).
  - b) lors de toute hospitalisation, identifier et contacter le médecin généraliste/traitant du patient pour un partage des données médicales.



- c) financer les tâches de coordination dans le cadre du financement structurel évoqué dans la recommandation 3/a.
  - d) pour les maisons de soins psychiatriques, créer une fonction de médecin coordinateur sur le modèle des médecins coordinateurs et conseillers (MCC) dans les maisons de repos et de soins.
5. Veiller à permettre une bonne communication des informations nécessaires entre prestataires de soins internes et externes à l'institution/au service lors de l'admission du patient, de sa sortie et lors de transferts vers d'autres institutions/services pour des examens complémentaires. Ceci nécessite de :
- a) prévoir des accords structurels clairs sur le partage des tâches et des responsabilités lors de tout transfert d'un patient psychiatrique vers un service somatique ou inversement d'un service somatique vers le service psychiatrique.
  - b) organiser systématiquement une consultation de préparation à la sortie et communiquer (en temps utile) un rapport de sortie et un plan de suivi ultérieur aux prestataires extérieurs de première ligne. Ce rapport de sortie doit également récapituler l'ensemble des évaluations (psychiatriques et somatiques) effectuées au cours du séjour du patient.

*Aux facultés de médecine et aux hautes écoles formant de futurs professionnels de la santé, aux associations professionnelles en lien avec la psychiatrie :*

- 6. Former les futurs professionnels de la santé à adopter une vision holistique de la personne et à apporter tout le crédit nécessaire à toute plainte exprimée par une personne atteinte de maladie mentale en accueillant ces plaintes de manière respectueuse.
- 7. Proposer une offre de formations continues en soins somatiques à tous les médecins, infirmiers, éducateurs et autre personnel soignant travaillant en psychiatrie et les encourager à y participer. Pour les médecins et infirmiers, cette formation continue doit aussi porter sur les compétences pratiques.

*Aux pouvoirs publics et aux associations de personnes atteintes de maladie mentale et aux associations de proches :*

Mettre en place des actions de sensibilisation pour informer les personnes atteintes de maladie mentale sur leur risque accru de problèmes de santé somatiques et sur les mesures de protection sociale auxquelles elles ont droit.



***Au SPF Santé publique et aux autorités de santé des entités fédérées :***

8. Réviser la collecte de données du résumé psychiatrique minimum (RPM) de manière à les rendre plus exploitables et utilisables pour l'élaboration d'indicateurs et la recherche.

***À la communauté scientifique :***

9. Afin de répondre aux nombreuses questions pour lesquelles nous ne disposons pas encore de réponses evidence-based, mener des recherches sur les thèmes suivants :
- a) Comment assurer la continuité des soins somatiques en termes de collaboration optimale entre première et deuxième ligne, en particulier avec les équipes mobiles ?
  - b) Quels pourraient être les modèles de collaboration entre médecins généralistes externes et médecins somaticiens travaillant dans des institutions de soins où les patients séjournent parfois longtemps, comme les hôpitaux psychiatriques ?
  - c) Quel pourrait être le rôle d'une fonction de 'liaison somatique' dans les services psychiatriques au sein d'un hôpital général ?
  - d) Quel pourrait être le rôle d'un un infirmier coordinateur (case manager) dans l'organisation des soins somatiques en institution psychiatrique (cf. modèle des Pays-Bas) et quelle formation faudrait-il mettre sur pied pour créer cette fonction en Belgique ?
  - e) Comment améliorer la gestion de la prise de poids et le sevrage tabagique chez les patients ?
  - f) Dans quelle mesure les nouvelles technologies de communication (p. ex. téléconsultation) pourraient-elles être mises à profit pour optimiser les soins somatiques en psychiatrie ?
  - g) Quelles sont les normes optimales d'encadrement infirmier (nombre, qualification, différenciation de fonction) en milieu psychiatrique ? Comment tenir compte dans la rémunération des compétences spécifiques complémentaires et du financement des formations ?
  - h) De façon générale, le financement des hôpitaux psychiatriques devrait faire l'objet d'un examen attentif dans le cadre de la réforme en cours du financement des hôpitaux.



## ■ RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. World Health Organization. Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief. Geneva; 2017.
3. De Nayer A, De Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J, et al. On Behalf Of The Consensus Group. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2005;9(2):130-7.
4. Brams G. Opvolging van somatische complicaties bij chronisch gebruik van antipsychotica in de huisartspraktijk. Masterproef Haio: KU Leuven; 2018.
5. Coenen M, Neels C, Van Winckel S. Opvolging van het gebruik van antipsychotica met aandacht voor cardiometabole neveneffecten. Masterproef farmaceutische zorg. 2016.
6. De Greef A, Sweers K, Wampers M, Van Eyck D, Hubloue Y, De Hert M. Monitoring van fysieke gezondheid bij mensen met schizofrenie, de rol van psychiatrisch verpleegkundigen. *Psychiatrie en Verpleging.* 2008;8:238-48.
7. Verfaillie F. Het optimaliseren van de somatische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. *Het Perron.* 2012;28(1):1767-74.
8. Desplenter S. Exploring the impact of medication information for psychiatric patients at hospital discharge. De Impact van gerichte informatie over geneesmiddelen aan gehospitaliseerde psychiatrische patiënten bij ontslag uit het ziekenhuis; Doctoraatsthesis KUL. 2009.
9. De Hert M, Vancampfort D. Screening, opvolging en behandeling van cardiovasculaire risicofactoren bij behandeling met antipsychotische medicatie. *Neuron.* 2012;17(5):1-6.
10. Martens N, Destoop M, Goossens B, Dom G. Verpleegkundige somatische en farmacologische zorg binnen Vlaamse 2b-teams:



- een crosssectioneel verkennend onderzoek. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2018;6:374-85.
11. Mitchell AJ, Vancampfort D, Manu P, Correll CU, Wampers M, van Winkel R, et al. Which clinical and biochemical predictors should be used to screen for diabetes in patients with serious mental illness receiving antipsychotic medication? A large observational study. PLOS ONE. 2019;14(9):e0210674.
  12. Shiers DE, Rafi I, Cooper SJ, Holt RIG. Positive Cardiometabolic Health Resource: an Intervention framework for patients with psychosis and schizophrenia. 2014 Update. Royal College of Psychiatrists, London. 2014.
  13. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry. 2019;6(8):675-712.
  14. Stubbs B, De Hert M, Sepehry AA, Correll CU, Mitchell AJ, Soundy A, et al. A meta-analysis of prevalence estimates and moderators of low bone mass in people with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2014;130(6):470-86.
  15. Janssen EM, McGinty EE, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. Review of the evidence: prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37(3):199-222.
  16. Ayano G, Tulu M, Haile K, Assefa D, Habtamu Y, Araya G, et al. A systematic review and meta-analysis of gender difference in epidemiology of HIV, hepatitis B, and hepatitis C infections in people with severe mental illness. Ann Gen Psychiatry. 2018;17:16.
  17. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012;380(9836):37-43.
  18. MacLean RR, Sofuoglu M, Rosenheck R. Tobacco and alcohol use disorders: Evaluating multimorbidity. Addict Behav. 2018;78:59-66.
  19. Stubbs B, Koyanagi A, Veronese N, Vancampfort D, Solmi M, Gaughran F, et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. BMC Med. 2016;14(1):189.
  20. Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N, Kahl KG, Mitchell AJ, Lin PY, et al. Depression and physical health multimorbidity: primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middle-income countries. Psychol Med. 2017;47(12):2107-17.
  21. Vancampfort D, Koyanagi A, Hallgren M, Probst M, Stubbs B. The relationship between chronic physical conditions, multimorbidity and anxiety in the general population: A global perspective across 42 countries. Gen Hosp Psychiatry. 2017;45:1-6.
  22. Public Health England. Severe mental illness (SMI) and physical health inequalities: briefing. 2018.
  23. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Multidisciplinaire richtlijn: Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. Utrecht; 2015.



## COLOPHON

Titre :	Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques – Synthèse
Auteurs :	Vicky Jaspers (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Laurence Kohn (KCE), Isabelle Savoye (KCE), Patriek Mistiaen (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Carl Devos (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Irina Cleemput (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Experts externes et stakeholders :	Mario Barremaecker (ZNA), Sabine Corachan (LUSS), Dien Cuypers (Psychiatrisch ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel), Paul De Bock (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), Jan De Lepeleire and Marc De Hert, (Medisch Centrum - UPC KU Leuven (Universitair Psychiatrisch Centrum en Department of Public Health and Primary Care, General practice), Raf De Rycke (Broeders van Liefde), Kristien De Vos (FIHP), Isabelle De Wispeleir (NVKVV - werkgroep geestelijke gezondheidszorg), Benjamin Delaunoy (Intergroupe circuits de soins internés de l'IPF de concertation en SM), Maarten Desimpel (AUVB - NVKVV Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen werkgroep geestelijke gezondheidszorg), Martin Deseilles (Université de Namur), Sylvie Gérard (Centre supérieur de la santé (CSS)), Ariane Ghekiere (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg vzw (VIKZ), Agentschap zorg & gezondheid), Benoit Gillain (Conseil fédéral des professions de soins en santé mentale), An Haekens (Alexianen Zorggroep Tienen), Marie-Clotilde Lebas (Province de Namur), Harmen Lecok (Interkabinetten werkgroep GGZ), Muriel Lindekens (Intergroupe circuits de soins internés de l'IPF de concertation en SM), Suzy Maes (FIHP), Nicolaas Martens (UAntwerpen), Chantal Mathy (RIZIV – INAMI), Maxime Résibois (CRéSaM), Isabel Moens (Kabinet Vandenbroucke), Pierre Oswald (Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles), Charlotte Seaux (UPC Leuven), Karen Smets (Domus Medica), Hilde Stoop (PC Bethanie Zoersel), Emmanuel Thermolle (Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées (FIHP)), Lindsay Van Belle (UZ Gent), Kris Van den Broeck (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)), Rik Van Nuffel (Steunpunt Geestelijke Gezondheid), Frans Vandendriessche (Psychiatrisch ziekenhuis Duffel), Alexis Vanderlinden (CRéSaM), Patrick Vanneste (Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles (AVIQ)), Tamara Visser (UZ Gent)
Validateurs externes :	Patricia Kirkove (Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles), Philippe Nuss (Sorbonne Université, France), Ronald Van Gool (GGZ inGeest, Pays-Bas)
Remerciements :	Nous tenons à remercier les parties prenantes, les experts, les professionnels et les patients pour avoir partagé leurs connaissances, leurs opinions et leurs expériences lors de réunions et d'entretiens. Nous avons beaucoup apprécié le temps et les efforts des patients pour se manifester et partager leurs histoires ; Un chaleureux merci à vous tous. Nous remercions les organisations de patients l'ASBL Psytoyens (Daniel Muller, François Vilain, Thomas Grégoire, Laëtitia Cunin, Véronique Sneessens, Joëllie Sprumont), Uylenspiegel (Ann Van Der Vloet), la Ligue des usagers des services de santé (LUSS) (Sabine Corachan), et Steunpunt Geestelijke Gezondheid (Rik Van Nuffel)



pour leurs contributions et leur apport. Nous remercions l'expert Dr Herwig Van Dijck, de l'hôpital Sint-Maarten, les employés des cabinets ministériels et des administrations fédérales et régionales pour leur réactivité à nos questions et en particulier l'équipe d'Adhoc (Nathalie Terryn, Ine Alaerts, Delfien Verhelst, François Windy), l'Agence pour une Vie de Qualité, AVIQ (Anouck Billiet, Patrick Vanneste, Christophe Buret), l'équipe VIP2 et VIKZ (Ariane Ghekiere, Svin Deneckere), et PAQS (Quentin Schoonvaere). Nous tenons à remercier l'équipe d'Easytranslate pour la transcription des interviews (Willem Van Den Brekel). Merci à Sophie Gerkens (KCE) pour ses conseils sur le chapitre de l'organisation.

Intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine Psychosomatic. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Benjamin Delaunoy (Directeur médical Les Marronniers - Hôpital psychiatrique), Jan Delepeleire (ASGB – syndicat médecins), Martin Desseilles (BCNBP, CPFA, Université Namur), Kristien Devos (Federation Initiatives d'Habitations Protégées), Isabelle De Wispeleir (Association nationale des infirmières flamandes catholiques(NVKVV)), Geert Dom (Association professionnelle belge des médecins spécialistes en psychiatrie), Benoit Gillain (Psychiatre - Société Royale de Médecine Mentale de Belgique), Nicolaas Martens (Groupe de soins Multiversum), Chantal Mathy (NIHDI), Kris Van Den Broeck (Association flamande de psychiatrie), Frans Vandendriessche (Hôpital Psychiatrique Duffel)

Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Martin Desseilles (Livres et publications scientifiques)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Martin Desseilles (Livres et publications scientifiques)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Jan Delepeleire (Superviseur du projet d'autorisation somatique, UPC Université Leuven), Martin Desseilles (Recherche avec l'esketamine et rilatine), Geert Dom (Diverses études dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale publique), Nicolaas Martens (Chercheur principal «Soins somatiques collaboratifs au sein des équipes de sensibilisation des soins de longue durée»), Charlotte Seaux (Recherches sur la clairance somatique UPC-Université Leuven), Kris Van Den Broeck (Projets multiples, rapport KCE 296, KBS: communiquer autrement sur les plaintes psychologiques chez les futurs médecins généralistes, en cours: collaboration entre médecin généraliste et psychiatre sur l'unité de soins des risques cardiovasculaires)

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Martin Desseilles (Premier SPIN OFF (DY06) Frederic Peters), Kris Van Den Broeck (Chaire la santé mentale publique)



Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Martin Desseilles (CPFA), Chantal Mathy (NIHDI), Frans Vandendriessche (Janssen Pharmaceutics)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Martin Desseilles (Droit auteur), Philippe Nuss (Interventions rémunérées pour les laboratoires Eisai, Sanofi, Gilead, Novartis, Lundbeck, Otsuka), Lyndsay Van Belle (Participation BBT psychiatrie), Kris Van Den Broeck (Conférence Domus Medica: psychiatrie en médecine générale, conférence des médecins généralistes 6/10/2018)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Dien Cuypers (Intérêt indirect en tant qu'infirmière en chef et coordonnatrice du bien-être physique au sein d'un grand hôpital psychiatrique), Jan Delepeleire (Coordinateur Centre Médical, UPC Université Leuven), Raf De Rijcke (Organisation Broeders van Liefde), Martin Desseilles (Président du BCNBP, directeur Dpt de psychologie de Namur), Isabelle De Wispeleir (Chef de département MSP Lorkenstraat, Gand), Geert Dom (Directeur médical groupe des soins Multiversum), Ariane Ghekiere (Application des résultats de cette recherche au sein du VIKZ), An Haekens (Directeur médical d'un hôpital psychiatrique), Pierre Oswald (Directeur médical d'une institution psychiatrique), Karen Smets (Co-coordonateur du réseau art.107 réseau 'Emergo'), Hilde Stoop (Médecin somatique dans un établissement psychiatrique, Zoersel), Kris Van Den Broeck (Directeur de l'Association flamande de psychiatrie), Frans Vandendriessche (Président du conseil médical UPC Duffel)

Layout :

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Photos de couverture :

Amber De Herdt

**Disclaimer :**

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

23 mars 2021

Domaine :

Health Services Research (HSR)





MeSH : Belgium, Psychiatric Somatic Therapies, Mental Disorders, Mental Health Services, Health Care  
Classification NLM : WM100  
Langue : Français  
Format : Adobe® PDF™ (A4)  
Dépot légal : D/2021/10.273/03  
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Jespers V, Christiaens W, Kohn L, Savoye I, Mistiaen P. Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2021. KCE Reports 338Bs. D/2021/10.273/03.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.