



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Avenir de la psychiatrie en Suisse

Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)

Version du 11 mars 2016

Table des matières

Résumé	5
1 Contexte.....	7
1.1 Le postulat et l'objectif du rapport.....	7
1.2 Questions clés et structure du rapport.....	7
1.3 Le rapport dans le contexte des autres activités de la Confédération liées à la santé psychique	8
2 Maladies psychiques et traitements à disposition	12
2.1 Maladies psychiques.....	12
2.2 Etendue et conséquences des maladies psychiques.....	15
2.3 Traitements à disposition	18
2.4 Traitements coordonnés et intégrés	20
2.5 Recours aux traitements médicaux	21
3 Cadre régissant les prestations psychiatriques en Suisse.....	23
3.1 Historique	23
3.2 Bases légales.....	24
3.3 Professionnels des soins psychiatriques	25
4 Analyse de l'évolution des structures de soins	28
4.1 Méthodologie.....	28
4.2 Evolution des structures de soins ambulatoires	28
4.3 Evolution des structures de soins intermédiaires	33
4.4 Evolution des structures de soins stationnaires.....	37
4.5 Evolution de la répartition des coûts entre les structures de soins.....	41
4.6 Plans cantonaux de soins psychiatriques.....	42
5 Interfaces entre la psychiatrie et d'autres domaines de la société	44
5.1 Intégration professionnelle.....	44
5.2 Protection de l'enfant et de l'adulte.....	46
5.3 Exécution des peines et des mesures	48
6 Conclusions et recommandations	51
6.1 Synthèse des résultats.....	51
6.2 Principaux problèmes d'importance nationale	52
6.3 Mesures	53
7 Annexe	56

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
AOS	Assurance obligatoire des soins
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
ASMP	Association suisse des médecins-cheffes et médecins-chefs en psychiatrie
CCDJP	Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et de police
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique
Cst.	Constitution
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DPEA	Droit de la protection de l'enfant et de l'adulte
ESS	Enquête suisse sur la santé (Office fédéral de la statistique, OFS)
FMH	Association professionnelle des médecins suisses
fsas	Fédération suisse des Associations professionnelles du domaine de la santé
IPS	Individual Support and Placement
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LFPr	Loi fédérale sur la formation professionnelle
LHES	Loi fédérale sur les hautes écoles spécialisées
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales
LPsy	Loi sur les professions de la psychologie
MI	Mesures d'intégration
MP	Mesures professionnelles
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OdASanté	Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFJ	Office fédéral de la justice
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
Org	Ordonnance sur l'organisation
PAFA	Placement à des fins d'assistance
PR-AI	Programmes de recherche sur l'assurance-invalidité
santésuisse	Association faîtière de la branche de l'assurance maladie
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
SSPP	Société suisse de psychiatrie et psychothérapie
TARMED	Structure tarifaire applicable aux prestations médicales ambulatoires
TARPSY	Structure tarifaire de la psychiatrie hospitalière

Figures et tableaux

Fig. 1 : Evolution des traitements complémentaires à une hospitalisation entre 2009 et 2013, en pourcent.....	39
Fig. 2 : Acteurs de la réinsertion professionnelle	45
Tableau 1 : Estimation de la fréquence (prévalence sur douze mois) des maladies psychiques par groupe de diagnostics pour la Suisse, 2010	16
Tableau 2 : Vue d'ensemble des bases légales fédérales.....	25
Tableau 3 : Médecins de premier recours au bénéfice d'une autorisation de pratiquer.....	30
Tableau 4 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, au bénéfice d'une autorisation de pratiquer	31
Tableau 5 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, au bénéfice d'une autorisation de pratiquer	31
Tableau 6 : Médecins de premier recours selon le type de diplôme.....	32
Tableau 7 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, selon le type de diplôme	32
Tableau 8 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, selon le type de diplôme.....	32
Tableau 9 : Les dix diagnostics les plus souvent posés lors d'hospitalisations en Suisse et durées moyennes de séjour correspondantes (2013).....	39
Tableau 10 : Coûts des prestations relevant de l'AOS, dans le domaine des soins psychiatriques, en millions de francs.....	41
Tableau 11 : Coûts totaux des prestations relevant de l'AOS, dans le domaine hospitalier (stationnaire et ambulatoire) et les cabinets (ambulatoire), en millions de francs.....	42

Résumé

Le postulat Stähelin « Avenir de la psychiatrie » (10.3255), transmis le 20 septembre 2010, charge le Conseil fédéral d'élaborer un rapport sur l'offre actuelle de soins psychiatriques en Suisse et de soumettre des propositions concernant l'avenir de la psychiatrie. Le rapport doit présenter l'offre ambulatoire, intermédiaire et stationnaire de soins, ainsi que leur financement, mettre en lumière les éventuels obstacles au développement de ladite offre, et décrire les interfaces de la psychiatrie avec d'autres domaines de la société.

Les analyses visant à répondre aux questions du postulat reposent sur des données de l'Office fédéral de la statistique (OFS), sur des évaluations spécifiques de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), sur les études de différents instituts de recherche ainsi que sur une vue d'ensemble des concepts psychiatriques cantonaux et de leur application. Différents experts du monde scientifique, de l'administration et de la pratique ont pris position à plusieurs reprises durant l'élaboration du rapport. Le rapport a montré que les données relatives aux soins psychiatriques en Suisse sont lacunaires et que les possibilités de réaliser des comparaisons intercantionales ou internationales sont donc très restreintes.

Maladies psychiques et traitements à disposition

Les maladies psychiques sont fréquentes. Certaines pathologies sévères peuvent survenir chez les jeunes ; la fréquence globale des maladies psychiques augmente avec l'âge. Selon les estimations, en l'espace d'une année, jusqu'à un tiers de la population suisse est touchée par un trouble psychique qui devrait être soigné dans la plupart des cas. Près de la moitié des personnes concernées suivent un traitement. Les effets de ces troubles au quotidien peuvent aller d'atteintes relativement légères comme des troubles du sommeil jusqu'à des pathologies plus sévères comme la dépression. Les effets de ces maladies au quotidien peuvent être légers (peur de l'avion ou du vide) ou sévères (dépression). Actuellement, un tiers, voire la moitié des personnes concernées ont recours à un traitement professionnel. Les symptômes des maladies psychiques, leur évolution et les traitements à disposition restent peu connus du grand public.

Cadre régissant les prestations psychiatriques en Suisse

Les bases légales réglant les différents aspects du traitement des maladies psychiques ainsi que le remboursement des prestations sont les mêmes que pour les maladies somatiques. Il existe des spécialisations clairement réglementées en psychiatrie pour les médecins et les psychologues. S'agissant du personnel soignant, une spécialisation en psychiatrie est en cours de planification. On estime que ces prochaines années, la Suisse manquera en particulier de médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.

Analyse de l'offre de soins

L'offre ambulatoire de soins concerne généralement les patients dont l'état de santé psychique est largement stable. Les médecins de premier recours diagnostiquent et traitent en premier lieu les dépendances et les dépressions, souvent parallèlement à des pathologies somatiques. Lorsqu'un traitement spécialisé est nécessaire, ils adressent les patients à des confrères titulaires d'une spécialisation en psychiatrie et en psychothérapie. Ces dernières années, le nombre de traitements psychiatriques a légèrement augmenté.

Par offre intermédiaire de soins, on entend les différents traitements compris entre l'encadrement stationnaire 24 h sur 24 et les consultations auprès d'un médecin installé. En Suisse, il existe ainsi un grand nombre de centres ambulatoires et de cliniques de jour dans lesquels les patients sont suivis/traités hebdomadairement, voire quotidiennement selon leurs besoins, par des équipes interdisciplinaires. Le financement de cette offre, qui diffère selon les cantons, est tributaire des décisions budgétaires annuelles des parlements cantonaux. Les chiffres montrent que le nombre de consultations relatives à cette offre, et donc les coûts correspondants, ont presque doublé entre 2004

et 2014.

L'offre stationnaire se caractérise par sa vaste palette thérapeutique. Les traitements sont effectués dans des cliniques psychiatriques ou dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux. Les cliniques psychiatriques ont généralement une obligation de prise en charge et de traitement, et se chargent aussi des urgences. L'offre stationnaire est destinée aux patients dont l'état de santé psychique est instable. Ces dernières années, le nombre de traitements stationnaires a augmenté alors que la durée des séjours dans un service ou une clinique psychiatrique a systématiquement reculé. Le suivi est le plus souvent assuré par des psychiatres installés, ou, dans une moindre mesure, par le service ambulatoire d'une clinique ou d'un hôpital.

Les statistiques montrent que la hausse des coûts liés aux prestations de psychiatrie financées par l'assurance obligatoire des soins entre 2004 et 2014 relève bien plus des traitements intermédiaires et ambulatoires que des traitements stationnaires. Cela étant, la hausse des coûts relatifs aux traitements psychiatriques est restée globalement proportionnelle à la hausse générale des coûts de l'assurance obligatoire des soins. L'analyse des planifications cantonales en matière de psychiatrie montre par ailleurs que bon nombre de cantons ne tiennent pas compte des soins ambulatoires et intermédiaires dans leur planification de l'offre stationnaire de soins.

Interfaces de la psychiatrie avec d'autres domaines de la société

Environ trois quarts des personnes atteintes d'une maladie psychique exercent une activité professionnelle et l'intégration professionnelle des personnes psychiquement atteintes devrait être encore renforcée ces prochaines années. Pour atteindre cet objectif, il s'agit notamment de promouvoir la « gestion de cas » (*case management*), notamment de manière structurée dans le cadre d'une collaboration interinstitutionnelle entre les acteurs de l'assurance-chômage et invalidité, des services sociaux, de l'orientation professionnelle, de la formation professionnelle et des milieux économiques. Cette collaboration a notamment pour but de promouvoir l'intégration économique et sociale sur le premier marché du travail des personnes présentant des problèmes psychiques. La prochaine révision de l'assurance-invalidité prévoit par ailleurs de nouvelles améliorations pour les jeunes adultes concernés. Pour sa part, le nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, a amélioré à plusieurs niveaux la protection des droits des personnes présentant des troubles psychiques.

Enfin, la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police devrait publier au printemps 2016 un rapport comprenant des recommandations visant à promouvoir la qualité du traitement et de l'encadrement des auteurs de délits ayant des problèmes psychiques.

Conclusion et recommandations

En Suisse, il existe une offre psychiatrique de qualité garantissant un traitement ad hoc à un grand nombre de patients. Les analyses font cependant état d'un besoin d'optimisation. Les mesures suivantes peuvent permettre une amélioration durable de l'offre psychiatrique :

- Améliorer les bases de données nécessaires à la planification pour l'optimisation de l'ensemble de l'offre
- Améliorer la coordination entre les différentes offres et renforcer leur qualité
- Viser le financement durable de l'offre intermédiaire
- Promouvoir le perfectionnement des spécialistes de la psychiatrie

La réalisation des mesures relève de la compétence des différents services fédéraux concernés, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, des cantons et des fournisseurs de prestations. Il s'agit de promouvoir, outre le développement de l'offre de soins psychiatriques, la prévention des maladies psychiques. Le Conseil fédéral approuvera des mesures supplémentaires dans ce but à l'automne 2016.

1 Contexte

1.1 Le postulat et l'objectif du rapport

Le 20 septembre 2010, le Conseil des Etats a approuvé le postulat 10.3255 « Avenir de la psychiatrie » du conseiller aux Etats Philipp Stähelin. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'élaborer le présent rapport en réponse au postulat.

10.3255 – Postulat Stähelin du 19 mars 2010 « Avenir de la psychiatrie »

Le Conseil fédéral est prié d'élaborer un rapport et de soumettre des propositions concernant :

- l'offre actuelle de soins psychiatriques institutionnels et de soins psychiatriques ambulatoires en Suisse et sa pérennité ;
- le développement des offres de soins psychiatriques ambulatoires, en particulier dans le cadre d'un « case management » intégré, d'un traitement transitoire post-institutionnel et d'un meilleur tri des dossiers ;
- la réduction de la fréquence et de la durée des traitements institutionnels qui en découlent ;
- les fausses incitations et les obstacles causés par le financement dualiste des traitements institutionnels qui prévalait jusqu'à présent ;
- la coordination entre l'assurance-invalidité et l'exécution des peines et mesures (médecine légale), en particulier au niveau du financement.

Développement

L'offre de soins psychiatriques en Suisse doit faire face depuis quelque temps à d'importantes mutations. Les directives de la CDS datant de 2008 montrent qu'il faut procéder au développement des traitements et consultations ambulatoires et à un meilleur tri des dossiers. Il convient parallèlement d'amorcer une tendance à la réduction de la surcharge et des coûts des institutions. Un « case management » intensif et des traitements transitoires post-institutionnels permettraient d'y parvenir. La mise en œuvre de ces moyens nécessiterait cependant l'ouverture de nouveaux centres ambulatoires et de nouvelles cliniques de jour et l'augmentation de l'offre de soins socio-psychiatriques. La diversité du financement des traitements institutionnel et ambulatoire complique considérablement ce processus et est à l'origine de fausses incitations. Il est urgent d'y remédier. En outre, sur le plan financier, le fait que les centres de coûts ne soient pas les mêmes pour les patients bénéficiant de l'assurance-invalidité et pour les personnes internées suite à une décision de psychiatrie légale est source d'inefficacité. Le rapport et les propositions clarifieront la situation et élimineront les obstacles à l'évolution de la psychiatrie dans les domaines où la Confédération est compétente et dans lesquels elle peut légiférer.

1.2 Questions clés et structure du rapport

Les questions au cœur de l'élaboration du rapport sont les suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques des maladies psychiques, leur fréquence et leurs conséquences ?
- Quelles sont les possibilités et les formes de traitement à disposition en matière de maladies psychiques et dans quelle mesure les personnes concernées ont-elles recours à ces traitements ?
- Quel est le cadre légal applicable à la psychiatrie ? Quelle est l'offre de soins à disposition en Suisse et comment les prestations fournies sont-elles rémunérées ?
- Comment la transition vers une offre ambulatoire évolue-t-elle en Suisse ?
- Comment organiser l'interface entre la psychiatrie et les autres domaines de la société ?

Afin de répondre à ces questions, le chapitre 2 présente le large spectre des maladies psychiques en

détaillant les diagnostics, la charge de morbidité et les conséquences. Ce chapitre comprend en outre un aperçu des différentes possibilités de traitement ainsi que le recours qui y est fait.

Le chapitre 3 décrit l'évolution de la psychiatrie en Suisse et présente le cadre légal. Il aborde également la réglementation applicable aux spécialisations en psychiatrie (médecine, psychologie, soins).

Le chapitre 4 analyse l'évolution des différentes offres (ambulatoire, intermédiaire, stationnaire) sous les aspects organisation, finances et personnel, ainsi que le recours qui y est fait.

Quant au chapitre 5, il porte sur l'interface entre la psychiatrie et les autres domaines de la société. Il s'agit de l'intégration professionnelle, du nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte ainsi que de l'exécution des peines et mesures lorsque l'auteur d'un délit est atteint d'une maladie psychique.

1.3 Le rapport dans le contexte des autres activités de la Confédération liées à la santé psychique

Le terme générique de santé psychique (parfois aussi appelée santé mentale, *mental health*), utilisé dans le monde entier, n'englobe pas seulement le dépistage précoce et le traitement des maladies psychiques mais aussi la promotion de la santé psychique et la prévention des maladies psychiques ainsi que l'encouragement de la participation sociale des personnes atteintes d'une maladie psychique et notamment leur intégration professionnelle¹. Promouvoir, préserver et recouvrer la santé psychique n'est donc pas seulement une question de soins et appelle des activités dans d'autres domaines de la société, comme le montre la diversité des mesures réalisées aux niveaux fédéral (présentées ci-après), cantonal et communal. Comme ces mesures concernent différents domaines de la société et politiques, et que les trois niveaux de l'Etat sont impliqués, il s'agit de garantir des échanges réguliers d'informations et une coordination permanente.

Mesures générales de promotion de la santé psychique, de prévention et de dépistage précoce des maladies psychiques

- Le 29 mai 2015, le Dialogue Politique nationale de la santé a approuvé le rapport « Santé psychique en Suisse – état des lieux et champs d'action »² sur la base duquel la Confédération, les cantons et la fondation Promotion Santé Suisse élaborent, conjointement avec d'autres organisations privées, différentes mesures de promotion de la santé psychique, de prévention et de dépistage précoce des maladies psychiques jusqu'au printemps 2016. Ces mesures visent entre autres à répondre au postulat 13.3370 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats (CSSS-CE) « Mesures envisagées dans le domaine de la santé psychique en Suisse ».
- Afin de compléter le rapport précité, la Confédération élabore, conjointement avec les cantons, la fondation Promotion Santé Suisse et les spécialistes de la prévention du suicide, un plan d'action « Prévention du suicide ». Ce plan d'action, qui doit être disponible au printemps 2016, entend répondre à la motion 11.3973 de la conseillère nationale Maja Ingold, « Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles ».³
- Le réseau Santé Psychique Suisse, lui aussi soutenu par la Confédération, les cantons et la fondation Promotion Santé Suisse, encourage le partage de connaissances entre les acteurs du

¹ <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan>, consulté le 15 juillet 2015>, voir PDF en français

² <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=fr>>, consulté le 26 juin 2015

³ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/1473/14972/index.html?lang=fr>>, consulté le 23 juillet 2015

domaine⁴. Il permet de mettre au jour et d'exploiter les synergies entre les acteurs et leurs différentes mesures de promotion de la santé psychique de la population, et de les aider ainsi à renforcer l'efficacité desdites mesures.

Stratégies, programmes et mesures destinés à des groupes cibles spécifiques

- Les programmes nationaux de prévention « Jeunes et violence »⁵ et « Jeunes et médias »⁶ sont réalisés depuis 2011. Les compétences médiatiques, qui permettent une utilisation raisonnée et responsable des médias, sont un aspect important de la santé psychique.
- L'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017⁷ (en réponse à la motion Steiert « Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence I. Elaborer les bases requises » [09.3509] et à la motion Wehrli « Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence II. Stratégie commune de la Confédération et des cantons » [09.3510]), permet à la Confédération de contribuer, avec les cantons, à améliorer les soins fournis aux personnes atteintes d'une démence. Cette stratégie aborde plusieurs aspects majeurs de la psychiatrie de la personne âgée.
- La stratégie nationale Addictions 2017-2024⁸, qui définira l'orientation future des mesures de la Confédération, des cantons et d'autres acteurs de la prévention, du diagnostic et du traitement des dépendances a été approuvée par le Conseil fédéral en novembre 2015. La mise en œuvre des mesures est actuellement en préparation.
- Un monitorage de la santé des enfants et des jeunes, qui doit aussi couvrir les difficultés et les maladies psychiques, est à l'étude depuis 2014 dans le cadre du projet « Santé des enfants et des jeunes ».

Mesures visant à développer les soins psychiatriques

La responsabilité des soins destinés aux personnes psychiquement atteintes incombe, comme pour les maladies somatiques, aux cantons (cf. ch. 3.1). La Confédération appuie les cantons avec les mesures suivantes :

- Le programme national Migration et santé 2014-2017 encourage l'interprétariat communautaire et soutient le développement de la qualité. Il s'agit d'offrir un soutien aux personnes atteintes d'une maladie psychique qui sont issues de la migration et ne maîtrisent aucune langue nationale⁹.
- Le 5 décembre 2014, le Conseil fédéral a approuvé, en réponse au postulat 13.3366 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national (CSSS-CN) « Prévoir des allocations d'assistance et des possibilités de décharge pour les personnes qui prennent soin d'un proche », un plan d'action destiné à soutenir les proches aidants¹⁰. Lors de sa mise en œuvre entre 2016 et 2019, les préoccupations et les besoins spécifiques des personnes qui aident ou soignent des proches atteints d'une maladie psychique, et notamment les enfants ayant des parents souffrant d'une maladie psychique, seront également pris en compte.
- La stratégie nationale Addictions 2017-2024 a notamment pour objectif de promouvoir la coordination entre les offres médicopsychiatriques et psychosociales de thérapie et de conseil.

Mesures visant à développer l'assurance-invalidité

- La cinquième révision de l'assurance-invalidité lancée en 2008 est un jalon important du

⁴ <<http://www.npg-rsp.ch/fr/home.html>>, consulté le 6 août 2015

⁵ Office fédéral des assurances sociales. Programme national de prévention Jeunes et violence. Berne. 2010

⁶ <<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/medien/00120/index.html?lang=fr&msg-id=46744>>, consulté le 17 juillet 2015

⁷ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=fr>>, consulté le 9 janvier 2015

⁸ <<http://www.bag.admin.ch/sucht/index.html?lang=fr>>, consulté le 9 janvier 2015

⁹ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12532/13703/14637/index.html?lang=fr>>, consulté le 6 août 2015

¹⁰ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=fr>>, consulté le 9 mars 2015

changement de paradigme consistant à encourager davantage la réinsertion. Il s'agit de repérer plus tôt les personnes en situation difficile et de miser sur leur réinsertion plutôt que de leur octroyer une rente AI. Or, la mise en place de mesures d'intégration sociale et professionnelle profite en particulier aux personnes atteintes de troubles psychiques.

- Dans le premier paquet de mesures de la sixième révision de la loi sur l'assurance-invalidité, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012, on a introduit de nouvelles mesures de réintégration et développé certaines mesures existantes. Il s'agit en particulier de réinsérer et d'accompagner les rentiers AI, mais aussi d'appuyer, lorsque c'est possible, les personnes dont la maladie évolue de manière fluctuante, ce qui est souvent le cas des maladies psychiques, dans leur retour à la vie professionnelle. Par ailleurs, les personnes ayant un besoin majeur de soutien peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une contribution d'assistance (art. 39b RAI) afin de mener une vie autonome dans leur propre logement.¹¹
- Le 20 juin 2014, le Conseil national a adopté le postulat 14.3191 de la conseillère nationale Maja Ingold « Intégration sur le marché du travail des personnes présentant des troubles psychiques » et chargé le Conseil fédéral de présenter des mesures permettant d'intégrer plus efficacement les personnes atteintes d'une maladie psychique dans le monde du travail. Les demandes du postulat seront prises en compte dans le cadre de la révision de l'AI évoquée ci-après.
- Le 25 février 2015, le Conseil fédéral a décidé d'aider plus tôt, grâce à la révision de l'AI, les personnes qui en ont besoin, et notamment les jeunes adultes et les assurés ayant des troubles psychiques, et de leur apporter un soutien plus efficace et mieux coordonné¹².
- Le 24 juin 2015, le Conseil fédéral a approuvé, en réponse au postulat 13.3672 du conseiller aux Etats Claude Hêche, un rapport destiné à évaluer la situation des enfants et des jeunes présentant des troubles autistiques ou un autre trouble du développement en Suisse. Le rapport comprend un état des lieux sur le diagnostic, l'encadrement et le soutien apporté aux parents et formule des recommandations visant à améliorer la situation. Pour pouvoir appliquer celles qui ne sont pas du ressort de la Confédération, un groupe de travail composé de représentants des cantons, de la Confédération et d'autres acteurs (associations de parents, associations de spécialistes) a été chargé d'évaluer les recommandations du rapport et de définir une vision commune, de déterminer des champs d'action et de présenter les résultats au Conseil fédéral d'ici à la fin de 2016¹³.

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

Le 15 avril 2014, la Suisse a été le 144^e Etat à ratifier la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, qui est entrée en vigueur pour la Suisse le 15 mai 2014. Avec la législation suisse déjà en vigueur dans ce domaine, la Convention contribue à garantir que les personnes avec un handicap puissent faire valoir leurs droits de la même manière que les personnes sans handicap. La convention prévoit des droits civiques mais aussi politiques, économiques, sociaux et culturels. Différents articles comme celui sur la sécurité et la protection de l'intégrité sont importants pour les personnes présentant un handicap psychique¹⁴. La promotion des droits des personnes présentant un handicap psychique est une mission qui incombe au Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH). Pour la remplir, il collabore avec des organisations privées spécialistes des droits des personnes handicapées psychiques. Ensemble, ils contribuent de manière essentielle à promouvoir l'inclusion et la participation à la vie en société de ces personnes¹⁵.

¹¹ <<http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00025/index.html?lang=fr>>, consulté le 26 juin 2015

¹² <<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/medien/00120/index.html?lang=de&msg-id=56331>>, consulté le 14 octobre 2015

¹³ <<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=57778>>, consulté le 14 octobre 2015

¹⁴ <<http://www.edi.admin.ch/ebgb/00613/01648/index.html?lang=fr>>, consulté le 22 septembre 2015

¹⁵ <<https://www.promentesana.ch/de/wissen/rechtliche-themen.html>>, consulté le 22 septembre 2015

Aide sociale

Ce sont les cantons et les communes qui sont responsables du soutien des personnes présentant des troubles psychiques et qui n'ont pas droit aux prestations de l'AI, par le biais de l'aide sociale. Soutien financier, celle-ci a pour but de garantir l'indépendance économique et personnelle¹⁶. Différentes organisations privées contribuent elles aussi de manière notable à protéger les personnes ayant des troubles psychiques de la pauvreté et de l'isolement¹⁷. La Confédération soutient elle aussi la lutte contre la pauvreté, en s'engageant dans le cadre du Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté, qui vise à renforcer l'impact des mesures de prévention et de lutte ainsi que leur coordination^{18,19}.

¹⁶ Geissbühler Jörg, Michaelis Bettina. *Soziales Schweiz*. Zurich, 2012

¹⁷ Engler Pascal. *Staatliche und private Träger im schweizerischen Sozialwesen*. In: Riedi Anna Maria, Zwilling Michael, Meier Kressig Marcel et al. *Handbuch Sozialwesen Schweiz*. Berne, 2015, p. 217-228

¹⁸ <<http://www.bsv.admin.ch/themen/gesellschaft/03331/index.html?lang=fr>>, consulté le 14 octobre 2015

¹⁹ <<http://www.contre-la-pauvrete.ch/home>>, consulté le 14 octobre 2015

2 Maladies psychiques et traitements à disposition

2.1 Maladies psychiques

Les maladies psychiques se traduisent par une modification ou une dégradation pathologique de la pensée, des émotions, du comportement et de l'assimilation/interprétation des événements. On observe parfois aussi une altération de la conscience (délires, hallucinations) du fait d'un trouble organique du cerveau. Les maladies psychiques entravent les compétences relationnelles, la capacité à gérer le quotidien et les performances, et ont un impact négatif sur la qualité de vie. Elles peuvent s'expliquer à la fois par des facteurs biologiques (prédisposition génétique ou modifications du métabolisme, p. ex.) et par des expériences négatives (décès d'un proche, p. ex.). A noter qu'il convient de faire la distinction entre les maladies psychiques nécessitant un traitement et les troubles non pathologiques de l'humeur. Ces derniers sont temporaires, liés au quotidien et passent rapidement. Ils ne sont pas l'objet du présent rapport.

Les éléments suivants sont déterminants s'agissant du dépistage et du diagnostic d'une maladie psychique nécessitant un traitement :

- Les connaissances et l'expérience du médecin jouent un rôle décisif dans l'établissement d'un diagnostic correct.
- Les patients peuvent être en souffrance sans que leurs symptômes aient (encore) atteint le seuil défini dans la CIM-10.
- Les patients peuvent ne ressentir aucune souffrance alors que leurs symptômes ont déjà atteint le seuil défini dans la CIM-10.
- Il convient d'identifier et de pondérer correctement les dimensions psychique, biologique et sociale de la pathologie.

Il faut également considérer que la maladie psychique et les souffrances qui en résultent touchent le plus souvent aussi l'entourage de la personne malade, et notamment les proches, en particulier les enfants et les partenaires, mais aussi les collègues de travail. Les maladies psychiques et la notion de normalité sont par ailleurs toujours étroitement liées au cadre social, culturel et/ou économique actuel. La frontière entre santé et maladie que l'on trace en posant le diagnostic ne tient donc pas toujours compte de l'état de santé subjectif de la personne concernée, de ses problèmes personnels et professionnels et des répercussions pour les proches.

Aperçu des groupes de diagnostics selon la CIM-10

En Suisse, la classification des maladies psychiques se fonde, comme pour les maladies somatiques, sur la version française de la Classification internationale des maladies CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁰. Les Etats-Unis ont également recours au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*) pour diagnostiquer les maladies psychiques. Les deux systèmes de classification sont actualisés en permanence. Ils tiennent compte de l'hétérogénéité des pathologies psychiques et distinguent les troubles passagers de l'humeur des maladies psychiques nécessitant un traitement²¹. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS (2001) est également déterminante dans l'évaluation de l'incapacité à travailler²².

²⁰ <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm>>, consulté le 6 août 2015

²¹ Jacobi Franz, Maier Wolfgang, Heinz Andreas. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Deutsches Ärzteblatt, n° 49, 2013, p. 2364-68

²² <http://www.who.int/topics/mental_health/fr>, consulté le 9 janvier 2015

Parmi les *troubles mentaux organiques* (*F0*) les plus fréquents, on peut citer les démences et les différentes formes de délires non dus à l'alcool ou à d'autres substances psychotropes. Ils englobent aussi les modifications organiques du cerveau (p. ex., suite à un empoisonnement ou à un trouble du métabolisme) et les lésions cérébrales ayant entraîné un trouble fonctionnel du cerveau.

Les *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives* (*F1*) comprennent toutes les dépendances liées à la consommation excessive de substances psychotropes comme l'alcool, les drogues ou les médicaments. Les addictions sont souvent concomitantes à d'autres pathologies psychiatriques (cf. ch. 2.2).

Par *troubles schizophréniques* (*F2*) on entend les tableaux cliniques qui s'accompagnent notamment d'une perte du sens des réalités, d'idées délirantes et d'hallucinations, de troubles de la perception, de la pensée du langage et des émotions (p. ex., angoisses envahissantes). Certaines formes de la maladie entraînent aussi un repli social, une apathie et des troubles de l'attention.

Les *troubles de l'humeur (affectifs)* (*F3*) regroupent les troubles qui affectent principalement les émotions et l'énergie de la personne atteinte. Ils englobent les dépressions, les manies et leur alternance (troubles bipolaires). Alors que les principaux symptômes d'une dépression sont le manque de joie de vivre, d'énergie et d'intérêt, les manies, elles, se traduisent par une exaltation, un afflux d'idées (tachypsychie) et un dynamisme excessif. Des épisodes d'inhibition et de désinhibition peuvent également survenir en alternance.

Le terme générique de *troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes* (*F4*) englobe les maladies du type troubles anxieux et obsessionnels-compulsifs dans lesquelles l'humeur et le comportement sont dominés par des symptômes comme les angoisses, les obsessions et d'autres symptômes corporels non explicables d'un point de vue organique. En font partie les phobies spécifiques comme les phobies concernant des animaux, des situations (vertige) ou autres (vue du sang, piqûres). Enfin, ce groupe comprend aussi les problèmes posttraumatiques liés à la violence (abus, guerre) ou à un accident, par exemple.

Parmi les *syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs psychiques* (*F5*) on peut citer les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil et les dysfonctionnements sexuels non dus à un trouble ou à une maladie organiques.

Les *troubles de la personnalité et du comportement* (*F6*) comprennent les pathologies comme les troubles de la personnalité limite (borderline), qui se manifestent par des troubles comportementaux durables (plusieurs années) et s'accompagnent de problèmes personnels et sociaux. Les personnalités borderline présentent une instabilité émotionnelle et une tendance à agir de manière trop impulsive sans pouvoir en évaluer les conséquences. Ce manque de contrôle peut avoir des conséquences délétères, pour la personne concernée et/ou pour les autres.

La catégorie *retard mental* (*F7*) englobe les retards de développement et les développements incomplets des capacités mentales ; les déficits concernent en particulier les facultés qui se forment pendant la période de développement et qui contribuent au quotient intellectuel.

Par *troubles du développement psychologique* (*F8*) on entend exclusivement les troubles qui débutent dans la (petite) enfance. Il s'agit entre autres de troubles majeurs du développement comme l'autisme ou le syndrome d'Asperger.

Quant aux *troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence* (*F9*), ils englobent notamment les troubles hyperkinétiques (TDHA), les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance, comme un trouble de l'attention, et ce qu'on appelle les tics.

Evolution et gravité des maladies psychiques

Comme le montre la présentation précédente des groupes de diagnostics selon la CIM-10, les maladies psychiques se caractérisent par leur grande hétérogénéité. Celle-ci concerne non seulement

les symptômes mais aussi l'évolution de la maladie. Les maladies psychiques peuvent en outre tout aussi bien être uniques que récurrentes, soudaines ou, au contraire, progressives. Quant à leur évolution, elle dépend fortement du moment du diagnostic, du traitement choisi et de différents facteurs sociaux (réseau social, soutien dans la vie de tous les jours, reprise d'une activité professionnelle, etc.)²³. Les comportements suicidaires et les mises en danger d'autrui peuvent générer des situations potentiellement mortelles. Lorsque les conditions sont réunies (médication appropriée, intégration sociale et professionnelle, etc.), les personnes souffrant d'une maladie psychique chronique peuvent mener une vie autonome²⁴.

Les frontières entre un trouble psychique léger, moyen et important sont floues. Les critères suivants sont déterminants pour l'évaluation du degré de gravité d'une maladie psychique²⁵ :

- la souffrance subjective (difficulté à gérer le quotidien, troubles des capacités relationnelles et de la performance, etc.) ;
- l'auto-stigmatisation ;
- la concomitance de deux ou plusieurs troubles diagnostiqués (cf. ch. 2.2) ;
- l'apparition de comportements dangereux pour soi et pour les autres ;
- les possibilités de soutien aux niveaux social et professionnel ;
- la réponse au traitement (résistance au traitement) et la disposition du patient à être traité (adhésion au traitement).

Facteurs sociaux

Les personnes en situation difficile sont surreprésentées parmi celles qui sont atteintes d'une maladie psychique et celles dont la maladie connaît une évolution défavorable. Il s'agit en particulier de personnes exposées au risque de pauvreté ou vivant dans cette situation, ayant un faible niveau de formation et une marge de manœuvre réduite ainsi que des personnes migrantes ayant vécu une expérience traumatisante (p. ex., guerre, torture). A cela s'ajoute que les personnes sans emploi et peu intégrées socialement présentent une suicidalité plus élevée²⁶.

Avoir une activité qui contribue à la qualité de vie et à l'intégration a un effet bénéfique sur les maladies. Les études montrent que la durée de traitement des patients ayant une activité professionnelle est plus courte et que le taux de guérison est plus élevé, indépendamment de la gravité de la maladie²⁷. A noter que le repli social des personnes souffrant d'une maladie psychique se renforce après la première année de maladie et que leur réseau social diminue au cours des cinq années suivantes²⁸.

²³ Ajdacic-Gross Vladeta, Graf Martin. Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique. Obsan, document de travail n° 2, 2003, p. 17, 103 (résumé en français)

²⁴ Hell Daniel, Endress Jérôme, Vontobel Jürg, Schnyder Ulrich. *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie*. Berne, 2011, 3^e édition, p. 99-114

²⁵ Ajdacic-Gross V, Graf M. Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique. Obsan, Document de travail n° 2, 2003, p. 17, 38 (résumé en français)

²⁶ Nordt Carlos, Warnke Ingeborg, Seifritz Erich, Kawohl Wolfram. *Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–2011*. The Lancet Psychiatry, vol. 2, n° 3, p. 239-245

²⁷ Baer Niklas, Schuler Daniela, Füglister-Dousse Silvie et al. La dépression dans la population suisse, données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle. Neuchâtel, Obsan Rapport 56, 2013

²⁸ Bachmann Nicole. Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé. Obsan Bulletin 1/2014. Neuchâtel (résumé en français)

2.2 Etendue et conséquences des maladies psychiques

Fréquence

Les maladies psychiques sont largement répandues et peuvent survenir à tout moment de la vie.

Nous présentons ci-après plusieurs résultats d'études donnant un aperçu de la fréquence des maladies psychiques répertoriées, toutes classes d'âge confondues.

Selon l'Enquête suisse sur la santé (ESS), quelque 4,6 % de la population suisse (de plus de 15 ans) présentent des troubles psychiques importants et près de 13,4 % présentent des troubles psychiques moyennement importants²⁹. D'un point de vue clinique, cela signifie que selon cette étude, environ 18 % des personnes interrogées souffrent d'un trouble psychique. Les personnes avec une maladie psychique étant souvent stigmatisées, on peut toutefois partir du principe que ces chiffres fondés sur les réponses des personnes interrogées correspondent plutôt à une estimation basse. De plus, ces personnes ne sont pas toujours en mesure de prendre part à ces questionnaires du fait de leur situation. Enfin, seules sont interrogées les personnes de plus de 15 ans vivant chez elles, à l'exclusion de celles qui séjournent dans un home ou à l'hôpital. La fréquence des maladies psychiques est donc probablement plutôt sous-estimée dans les conclusions de l'ESS.

Une vue d'ensemble englobant les 27 Etats-membres de l'Union européenne, ainsi que la Suisse, l'Islande et la Norvège montre que, courant 2010, on estimait que 38 % de la population de ces pays souffraient d'une maladie psychique (prévalence sur 12 mois)³⁰. Ces 38 % correspondent à la somme des différentes pathologies psychiques des groupes de diagnostics F0 à F9 de la CIM-10, toutes classes d'âge confondues. Le tableau 1 présente une répartition des résultats par groupe de diagnostics. Sachant que les diagnostics doubles sont fréquents en cas de maladie psychique, on ne peut pas simplement calculer le nombre total de personnes malades en additionnant les estimations par groupe de diagnostics. L'étude montre par ailleurs que les maladies psychiques concernent les femmes et les hommes dans les mêmes proportions. La vue d'ensemble a été réalisée pour la première fois en 2005 et répétée en 2010. L'objectif de cette étude largement étayée était de proposer un tableau clair de la fréquence des maladies psychiques, de leur charge de morbidité et du recours aux traitements (cf. ch. 2.5). Ont participé à l'étude quatre instituts des facultés de médecine des universités de Bâle, de Lausanne et de Zurich. L'étude comprenait plusieurs étapes : après avoir procédé à une revue systématique, les chercheurs ont analysé une deuxième fois les études primaires avant de faire valider les résultats par des experts des pays participants.

²⁹ <<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012>>, consulté le 20 août 2015

³⁰ Wittchen Hans Ulrich, Jacobi Frank, Rehm Jürgen et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe*. European Neuropsychopharmacology, 2011, n° 21, p. 655-679

Tableau 1 : Estimation de la fréquence (prévalence sur douze mois) des maladies psychiques par groupe de diagnostics pour la Suisse, 2010

Groupe de diagnostics Source : Wittchen et al. 2011 ; tableau élaboré par l'OFSP	Estimation de la fréquence en Europe (en %)	Estimation du nombre de personnes atteintes en Suisse
F0 : Troubles organiques	7,7	61 900
F1 : Troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (hors tabac)	3,8	302 500
F2 : Troubles schizophréniques	1,2	95 500
F3 : Troubles de l'humeur (affectifs) (notamment les dépressions)	17,0	1 353 200
F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	4,2	334 300
F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations psychologiques et à des facteurs physiques	0,3	23 900
F6 : Troubles de la personnalité et du comportement	1,3	103 500
F7 : Retard mental	1,0	79 600
F8 : Troubles du développement	0,5	39 800
F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	1,0	79 600

Dans ses recommandations aux Etats membres concernant la santé psychique, l'OMS/Europe se réfère également à l'étude de synthèse européenne exposée plus haut³¹. Les chiffres de cette étude concernant l'estimation de la fréquence correspondent à ceux des évaluations américaines³². L'OCDE, dans son étude publiée en 2014 sur les coûts sociaux et économiques liés aux maladies psychiques, a mis en lumière des chiffres de même ampleur, tous diagnostics et classes d'âge confondus³³.

Les études s'intéressant à certaines classes d'âge en particulier montrent que les troubles psychiques concernent directement entre 15 et 22 % des enfants et des jeunes. Ces estimations sont similaires, qu'il s'agisse d'études suisses ou internationales³⁴. En ce qui concerne la population en âge de travailler (16 - 65 ans), l'OCDE a calculé en 2012 que dans différents pays européens, 15 % de cette population environ souffrent d'un trouble psychique léger à moyen, et 5 % d'une forme grave³⁵. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, ce sont les dépressions et les démences qui sont les maladies psychiques les plus fréquentes. Ainsi, en 2008-2009, 26,5 % des plus de 65 ans ont été traités chaque année pour une dépression dans le cadre des soins de premier recours³⁶. Sur la base des données de l'Association Alzheimer Suisse, qui tiennent compte des chiffres de l'association européenne, et des tableaux des causes de décès de l'OFS, on a par ailleurs estimé la fréquence 2014 des démences chez les plus de 65 ans à 8,1 %³⁷.

A noter que les maladies psychiques n'appellent pas toutes un traitement psychiatrique spécialisé. Certaines phobies ne doivent être traitées que si elles entravent les personnes concernées dans leur quotidien (peur de l'avion chez une personne active au plan international, p. ex.). Le traitement est en outre plus ou moins intense selon le diagnostic posé et l'évolution de la maladie. S'agissant de la fréquence, de la nécessité d'un traitement et de son intensité, les maladies psychiques sont comparables à certaines pathologies somatiques. Les maladies cardiovasculaires, par exemple,

³¹ <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>>. Etat : 13 janvier 2016.

³² Kessler Roland C, Aguilar-Gaxiola Sergio, Jordi Alonso et al. *The global burden of mental disorders: An update from the WHO World mental health Surveys*. Epidemiol. Psychiatry Soc. 2009, 18 (1) : 23-33

³³ <<http://www.oecd.org/health/mental-health-systems.html>> consulté le 1^{er} janvier 2016

³⁴ Di Gallo Alain, Beutler Hélène. *Gegenwart und Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Berne, 2014

³⁵ OCDE. *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*. Paris, 2012, p.19-41

³⁶ Schuler Daniela, Vilpert Sarah. *Diagnose von Depressionen in Hausarztpraxen*. Obsan. Neuchâtel, 2011, p. 13-15

³⁷ <<http://www.alz.ch/index.php/recherche.html>> / <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>> Consulté le 3 février 2016

présentent elles aussi des symptômes très hétérogènes, et leur impact sur le quotidien diffère également fortement ; elles peuvent elles aussi survenir tout au long de la vie et la palette de traitements varie elle aussi fortement selon le diagnostic et l'évolution de la maladie.

Les différentes études à disposition et le vaste spectre des troubles psychiques légers ou sévères permettent d'estimer qu'en Suisse, jusqu'à un tiers de la population est atteint (observation sur douze mois) d'une maladie psychique pouvant être diagnostiquée et traitée.

Comorbidités

Les doubles diagnostics et les diagnostics multiples sont très fréquents chez les patients atteints d'une maladie psychique. Ainsi, de 30 % à 40 % d'entre elles présentent plus d'une pathologie psychique (p. ex., une schizophrénie et une dépendance). Les doubles diagnostics les plus fréquents associent une dépendance et une autre maladie psychique³⁸.

Les maladies psychiques s'accompagnent très souvent d'une pathologie physiologique (chronique) : ainsi, environ 45 % de la population souffrant d'un trouble psychique présentent aussi une maladie somatique³⁹. De nombreuses études montrent en outre que les patients ayant un cancer, le VIH/sida, un diabète, ou ayant subi un infarctus ou un accident vasculaire cérébral (AVC) présentent un risque accru de dépression⁴⁰. On sait aussi que les patients dépressifs développent également une pathologie cardiaque ou sont victimes d'un AVC^{41,42}.

Invalidité

Les maladies psychiques peuvent entraîner une invalidité, surtout si elles sont diagnostiquées trop tard ou qu'elles ne sont pas traitées correctement. Selon la statistique de l'assurance-invalidité (AI), quelque 102 000 personnes ont touché une rente en raison d'une maladie psychique en 2014. Ce chiffre est plus ou moins stable depuis 2011. Les rentes octroyées en raison d'un trouble psychique représentaient 45 % des rentes totales en 2014. La cinquième et la sixième révisions de l'AI (2007 et 2011) ont permis de freiner légèrement le nombre de nouvelles rentes octroyées en raison d'une maladie psychique. Depuis, leur part dans le nombre total de rentes octroyées a augmenté de moins d'un point chaque année⁴³. Si l'on se penche sur les nouvelles rentes octroyées au cours de la première moitié de la vie professionnelle, les causes sont majoritairement psychiques⁴⁴. La statistique de l'assurance-invalidité ne détaille pas le nombre et les causes des rentes qui ont été supprimées.

³⁸ Ajdacic-Gross Vladeta, Graf Martin. Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique. Document de travail n° 2. Obsan. Neuchâtel. 2003, p. 36-40 (résumé en français)

³⁹ Schuler Daniela, Burla Laila. La santé psychique en Suisse, Monitorage 2012. Obsan Rapport n° 52. Obsan. Neuchâtel. 2012. p. 28

⁴⁰ ibid.

⁴¹ Höger Stefan. *Die Post-Stroke-Depression bei geriatrischen Patienten*. Universimed. 2014, p. 1-2

⁴² Thoms Brett, Bass Eric, Ford Daniel, Stewart Kerry et.al. *Prevalence of Depression in Survivors of acute myocardial infarction*. JGIM, 2005, p. 30-38

⁴³ <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00022/index.html?lang=fr>, consulté le 11 août 2015

⁴⁴ Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Statistique de l'AI 2013. Berne. 2014

Espérance de vie

Bon nombre de patients atteints d'une maladie psychique chronique souffrant également d'une pathologie somatique grave, leur espérance de vie, plus courte de 10 à 16 ans, est largement inférieure à celle des personnes en bonne santé psychique. A noter que les suicides n'expliquent qu'une petite partie de la différence constatée. Parmi les autres facteurs, on peut citer les maladies concomitantes comme les maladies cardiovasculaires (qui sont notamment dues aux effets secondaires de la pharmacopée psychiatrique), une hygiène de vie lacunaire et une insuffisance de soins en médecine générale. Les études montrent que la différence en termes d'espérance de vie devrait encore s'accentuer⁴⁵.

Suicides

Plusieurs études attestent que certaines pathologies psychiatriques s'accompagnent d'une suicidalité élevée : entre 50 et 70 % des suicides concernent des personnes dépressives⁴⁶. Au cours des cinq dernières années, le taux moyen de suicide était de six femmes et de 17 hommes pour 100 000 habitants. Ce taux est en légère baisse depuis les années 90, pour les deux sexes. En 2012, 1037 personnes se sont suicidées en Suisse⁴⁷.

Perception sociale des maladies psychiques (stigmatisation)

Bon nombre de maladies graves ou incurables suscitent la peur et font l'objet de préjugés. Dans le cas des maladies psychiques, les patients doivent en outre vivre dans la crainte de voir leurs droits à l'autodétermination restreints par des mesures externes. Il arrive que les patients ne soient plus pris au sérieux, voire soient discriminés. Dans ce contexte, on parle de stigmatisation. Lorsque les personnes souffrant de problèmes psychiques s'identifient elles-mêmes aux stéréotypes négatifs dont elles sont victimes, elles en ressentent parfois de la honte et ont encore moins d'estime de soi avec, pour conséquence, la perte successive de leurs réseaux sociaux. La peur de la stigmatisation entrave également le recours aux offres de soutien^{48,49}.

Coût économique

Les maladies psychiques ne constituent pas seulement un problème majeur pour les personnes concernées et leurs proches, elles ont aussi un coût économique élevé. On peut notamment citer le coût indirect de la « perte de production » liée à la maladie (congé-maladie, invalidité, décès prématué et contribution des proches aidants). Selon les premiers calculs réalisés pour la Suisse, on évalue le coût indirect des maladies psychiques, démence incluse, à 13 milliards de francs pour 2011⁵⁰.

2.3 Traitements à disposition

S'agissant des maladies psychiques, l'objectif du traitement est de guérir le patient ou, lorsque ce n'est pas possible, d'atténuer ses symptômes et de développer de nouveaux modes de pensée et de

⁴⁵ Lawrence David, Hancock Kirsten J, Kisely Stephen. *The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers.* BMJ, 2013 ; 346:f2539.

⁴⁶ Gysin-Maillart Anja, Michel Konrad. *Kurztherapie nach Suizidversuch.* Berne, 2013. p. 29-30.

⁴⁷ <<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/01/11.html>>, consulté le 19 juillet 2015

⁴⁸ <http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Enstigmatisierung_120815.pdf>, consulté le 18 février 2015

⁴⁹ Rüesch Nicolas. *Konzepte und Stand der Stigma-Forschung.* In Rössler Wulf, Kawohl Wolfram (éditeur). *Soziale Psychiatrie, Band 1: Grundlagen,* Stuttgart 2013, p. 233-242

⁵⁰ Office fédéral de la santé publique. Une étude présente pour la première fois le calcul des coûts directs et indirects des principales maladies non transmissibles. Bulletin 36/14, p. 583-586

comportement en vue de lui garantir une bonne qualité de vie malgré la maladie psychique dont il souffre. Certaines maladies psychiques appellent un traitement sur plusieurs années, voire à vie.

En général, on combine plusieurs procédures thérapeutiques : psychiatriques, médicamenteuses, psychothérapeutiques et sociothérapeutiques, auxquelles peuvent être associés, outre le personnel médical, les psychiatres et les psychologues psychothérapeutes, d'autres groupes professionnels du domaine thérapeutique et social⁵¹. Pour ce type de traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), les psychiatres établissent le plan de traitement pour les patients en prenant en considération les diverses possibilités thérapeutiques. Les autres volets déterminants du TPPI sont, par exemple, la collaboration avec les proches et la collaboration avec d'autres personnes de l'environnement du patient (p. ex., son employeur)⁵².

Thérapie médicamenteuse

Pour traiter les maladies psychiques, on a souvent recours aux médicaments qui appartiennent à la catégorie des psychotropes. Il s'agit en particulier des antidépresseurs, des neuroleptiques, des tranquillisants et des sédatifs. Ces médicaments influent sur les symptômes de manière très différente dans la mesure où leur action est soit tranquillisante, soit stimulante. Ils sont avant tout prescrits pour traiter la dépression, les troubles anxieux, les psychoses/la schizophrénie, les troubles bipolaires et la démence⁵³.

Etant donné que les personnes touchées par une maladie psychique souffrent souvent aussi d'autres maladies, il est nécessaire d'adapter la pharmacothérapie à chaque patient. La combinaison des procédures thérapeutiques est fonction du plan de traitement et appelle un suivi thérapeutique régulier afin de pouvoir identifier à temps les interactions entre les médicaments^{54,55}.

Psychothérapie

La psychothérapie est une forme de traitement fondée sur la discussion. Lorsqu'elle est indiquée pour cause de maladie, la psychothérapie vise à améliorer la capacité relationnelle de la personne, son autonomie, son aptitude au travail, ainsi que ses performances⁵⁶. La psychothérapie permet d'atténuer ou de prévenir des symptômes invalidants. En cas de maladie complexe ou de longue durée, la psychothérapie peut apporter une aide sous forme d'accompagnement. Après plusieurs décennies de recherches intensives, la littérature portant sur l'efficacité, l'adéquation, et la rentabilité de la psychothérapie est abondante⁵⁷. Il ressort des travaux scientifiques que pour le traitement de plusieurs maladies psychiques, combiner une thérapie médicamenteuse et une psychothérapie s'avère plus efficace que de recourir exclusivement à l'une ou l'autre thérapie⁵⁸.

Mesures sociothérapeutiques et soins

Les mesures sociothérapeutiques comptent parmi les modes de traitement psychiatrique les plus anciens et se sont constamment développées au fil du temps. Elles soutiennent les patients dans les aspects pratiques de leur vie quotidienne et dans les contacts interpersonnels. Les patients

⁵¹ Freyberger Harald, Schneider Wolfgang, Stieglitz Rolf-Dieter. *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. Berne, 2012

⁵² <<http://www.medecins-conseils.ch/expertcom/psyamb.html>>, consulté le 18 juillet 2015

⁵³ Biötry Fabienne, Pitzurra Raffaela, Schwenkgens Matthias, Meier Christoph R. *Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2014*. Bâle, 2014, p. 47-50

⁵⁴ Holsboer-Trachsler Edith, Hättenschwiler Josef, Beck Johannes, Brand Serge, et al. *Traitements somatiques des troubles dépressifs unipolaires*, 1^{re} et 2^e parties. Forum Med Suisse. 2010 ; 10 (46 et 47)

⁵⁵ Keck Martin E, Ropohl Axel, Rufer Michael, Hemmeter Ulrich Martinet al. *Le traitement des troubles anxieux – 1^{re} partie: troubles panique, agoraphobie, anxiété généralisée, phobie sociale, phobies spécifiques*. Forum Med Suisse. 2011 ; 11 (34)

⁵⁶ <<http://www.psychologie.ch/fr/formation/formation-postgrade/titres-de-specialisation>>, consulté le 10 mars 2015

⁵⁷ Baltensperger, C., Grawe, K. (2001). *Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30, p. 10-21

⁵⁸ Ishak WV, Ha K, Kapitanski Nina, Bagot Kara, Fathy Hassane et al. *The impact of psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination on quality of life in depression*. Harv Rev Psychiatry. 2011. 19:277-89

apprennent ou réapprennent à établir des relations interpersonnelles ou à assumer des responsabilités au sein de la famille (p. ex., le rôle de mère ou de père). Ils peuvent également assimiler diverses autres compétences, relevant de la gestion du ménage ou de l'exercice d'une activité professionnelle, par exemple.

Les services de proximité fournissant des soins à domicile aux patients comptent également parmi les mesures sociothérapeutiques. Du fait de leur maladie, les patients concernés renoncent fréquemment à recourir à l'aide et au soutien dont ils pourraient bénéficier et peuvent par conséquent être exposés à une souffrance particulièrement grande. Les soins psychiatriques englobent les traitements d'accompagnement qui doivent être adaptés à chaque situation : soutien moral, encouragement à prendre des médicaments, conseils au quotidien, interventions en cas de crise, ou mise en réseau de différentes personnes ou institutions apportant leur soutien.

Les traitements à disposition ne permettent pas de garantir une bonne qualité de vie à tous les patients. En cas de maladie grave, de nouvelles approches, à l'image de l'accompagnement du rétablissement (*recovery*), montrent qu'il ne faut pas abandonner l'espoir d'un rétablissement, car des phases stables avec une bonne qualité de vie sont toujours possibles. Le rétablissement est une attitude, un comportement, une manière d'appréhender les défis quotidiens. Les spécialistes aident les patients à se fixer des objectifs réalistes afin qu'ils puissent retrouver une qualité de vie. Dans cette optique, il est important d'accepter les limites et d'explorer de nouvelles voies⁵⁹. Il ressort des études que l'accompagnement du rétablissement aide en particulier les personnes atteintes d'une maladie psychique chronique à renouer avec une vie sociale⁶⁰.

2.4 Traitements coordonnés et intégrés

En cas de maladie chronique et de traitements complexes, la collaboration entre les spécialistes et les structures de soins associés à un traitement doit être coordonnée. Les psychiatres de consultation et de liaison apportent leur soutien dans le cadre du traitement de patients atteints de maladies somatiques qui souffrent, ou risquent de souffrir, de complications psychiatriques (p. ex., psycho-oncologie). Ils prescrivent par ailleurs des psychotropes et organisent des interventions lorsqu'un patient atteint d'une maladie somatique est en proie à une crise psychique. L'activité des psychiatres de consultation et de liaison peut être ambulatoire ou institutionnelle dans des hôpitaux généraux ou des homes médicalisés (cf. annexe : Exemples de bonnes pratiques, numéro 1).⁶¹

Pour mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies psychiques et personnaliser les traitements, certaines cliniques psychiatriques de Suisse alémanique et de Suisse romande ont mis au point ces dernières années des offres de traitement couvrant l'avant et l'après séjour hospitalier.

- Dans les centres d'accueil spécialisés (p. ex., les centres de triage), les patients qui leur sont adressés pour un traitement stationnaire font d'abord l'objet d'une évaluation, ce qui signifie qu'ils ne sont pas automatiquement admis, mais qu'ils se voient prescrire, selon le besoin, un traitement ambulatoire ou, en cas d'urgence, sont envoyés en centre d'intervention d'urgence⁶². Ce nouveau mode d'admission vise à diriger le patient vers le meilleur site de traitement. De premières évaluations révèlent que dans 17 % des cas, une hospitalisation n'était pas nécessaire et qu'un

⁵⁹ Kammer-Spohn Michael. *Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie*. Bulletin des médecins suisses. 2013 ; 94:38, p. 1450-1452

⁶⁰ Rabenschlag Franziska, Albrecht Konrad, Ruegg Sebastian, Jaeger Matthias. *A recovery-oriented approach for an acute psychiatric ward : Is it feasible and how does it affect staff satisfaction ?* Psychiatric Q (2014) 85:225239

⁶¹ Büchi Stefan, Berney Alexandre, Kurt Hans. La psychiatrie de consultation et de liaison en Suisse, aujourd'hui et demain. Bulletin des médecins suisses, 2010 ; 91:4, p. 120-121

⁶² <<https://www.pdag.ch/diagnose-behandlung/psychiatrie-und-psychotherapie/kriseninterventions-und-triagezentrum/>, consulté> le 4 septembre 2015

traitement ambulatoire ou intermédiaire était plus judicieux (cf. annexe : Exemples de bonnes pratiques, numéros 2 et 4).

- Le traitement transitoire après une hospitalisation est un traitement ambulatoire et de proximité limité dans le temps, ayant pour objectif d'appliquer au quotidien dans l'environnement domestique les solutions mises au point en milieu hospitalier. Il ressort de l'évaluation de ces traitements consécutifs à une hospitalisation et axés sur les besoins de chaque patient qu'ils ont d'ores et déjà permis de réduire de 10 % les séjours hospitaliers, et ce alors qu'ils peuvent encore être optimisés⁶³ (cf. annexe 1 : Exemples de bonnes pratiques, numéro 4).

A ce jour, ces modèles mis en place au niveau local n'ont pas été développés au niveau suprarégional par les structures psychiatriques, et ce en dépit des résultats d'évaluation positifs. Il est difficile de dire pourquoi en Suisse, les « exemples de bonnes pratiques » pour le déroulement mieux coordonné des traitements (offres moins chères pour une qualité de traitement supérieure) ne s'établissent pas à l'échelle nationale, comme c'est le cas dans d'autres pays. Les raisons les plus fréquemment citées sont : les obstacles au financement, le manque de qualifications professionnelles et les conditions locales⁶⁴.

2.5 Recours aux traitements médicaux

Dans le cadre de l'ESS 2012, 18 % de la population suisse âgée de 16 ans ou plus ont déclaré présenter des troubles psychiques moyennement importants à importants (cf. ch. 2.2), ce qui signifie que du point de vue clinique, la plupart d'entre eux souffraient d'une maladie psychique nécessitant un traitement. Toutefois, dans la même enquête (questionnaire), seuls 5,4 % de la population âgée de 16 ans ou plus indiquait avoir suivi un traitement en raison de problèmes psychiques au cours des douze mois précédents. Par rapport aux résultats de l'Enquête suisse sur la santé de 1997, les traitements en raison de problèmes psychiques s'inscrivent en légère hausse. Cette évolution concerne en particulier la catégorie des 25 à 64 ans (hausse de 4,1 à 5,4 %)⁶⁵.

Les personnes atteintes de maladies psychiques étant fréquemment stigmatisées, il n'est pas exclu que les indications faites par ces personnes elles-mêmes dans le cadre d'un questionnaire ne correspondent pas à la réalité et entraînent une sous-estimation du recours aux traitements médicaux. En outre, les personnes psychiquement atteintes ne sont pas toujours en mesure de prendre part à ces questionnaires du fait de leur situation, et sont par conséquent sous-représentées. On estime que 3,3 % des enfants et des adolescents en Suisse sont traités pour une maladie psychique, que ce soit au niveau ambulatoire ou stationnaire⁶⁶.

Une étude européenne confirme que seul un tiers à la moitié des maladies psychiques sont traitées⁶⁷.

L'écart entre la fréquence des maladies psychiques et le recours aux traitements médicaux s'explique en partie par la stigmatisation des malades psychiques, qui hésitent ou renoncent par conséquent à recourir à un traitement médical. Par ailleurs, les maladies psychiques n'étant souvent pas identifiées comme telles, ou alors très tard, les symptômes et les maux ne sont pas traités de manière adéquate. Il faut éviter autant que faire se peut ces mauvais diagnostics et ces erreurs de traitement non

⁶³ Gebhart Ralf-Peter, Lüthi Regula, Dammann Gerhard. *Poststationäre Übergangsbehandlung in der Psychiatrie. Krankenpflege.* 6/2013. p. 20-23

⁶⁴ OECD. *Making mental health count. The social and economic costs of neglecting mental health care.* Paris, 2014

⁶⁵ <<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/fr/02f7.xml>>, consulté le 29 juin 2015

⁶⁶ Haemmerle Patrick. *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz. – Ist-Zustand und Perspektiven.* Bâle, 2007

⁶⁷ Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavson, Svensson, Jönsson et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe.* 2010

seulement pour des raisons éthiques, mais aussi économiques^{68,69}.

Les maladies psychiques vont généralement de pair avec un recours supérieur aux prestations médicales. L'analyse des données d'une grande caisse d'assurance-maladie pour l'année 2014 révèle que le nombre de consultations de spécialistes et le nombre de spécialistes consultés est plus élevé chez les personnes atteintes de maladies psychiques que pour la moyenne des assurés⁷⁰.

Conclusion

Les éléments suivants sont déterminants pour le développement de l'offre de soins psychiatriques :

- Les maladies psychiques sont fréquentes. Elles peuvent survenir chez les jeunes ; leur fréquence augmente avec l'âge. On estime que jusqu'à un tiers de la population est touché par une maladie psychique (observation sur douze mois), sachant que la plupart des cas appellent un traitement.
- Le diagnostic d'une maladie psychique est complexe et exigeant.
- La gravité des maladies psychiques est variable; elles sont souvent concomitantes à d'autres maladies psychiques ou à des maladies somatiques.
- Un tiers à la moitié des personnes concernées ont recours à un traitement professionnel.
- Bien que les maladies psychiques puissent généralement être traitées, leurs symptômes, leur évolution et les traitements à disposition sont peu connus du grand public.
- Un traitement insuffisant ou tardif peut avoir des conséquences majeures. En effet, la probabilité que la maladie devienne grave ou chronique augmente, tout comme le risque d'un isolement social et professionnel. Pauvreté et suicide sont d'autres conséquences potentielles.

⁶⁸ Baltensperger C.GraweK. (2001). *Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30, p. 10-21

⁶⁹ Stoschek Jürgen. *Wir sind auf den steigenden Bedarf nicht vorbereitet*. Deutsche Ärztezeitung. 14 avril 2015

⁷⁰ Brüngger Beat, Fischer Barbara, Früh Matthias, Rapold Roland. *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten*. Olten, 2014. p. 34-43

3 Cadre régissant les prestations psychiatriques en Suisse

3.1 Historique

L'offre de soins psychiatriques en Suisse ayant évolué au fil du temps, il semble judicieux de résumer les grandes étapes du traitement des maladies psychiques pour mieux appréhender l'avenir de la psychiatrie.

La prise en charge des malades commence bien avant le début de la psychiatrie moderne. Dès le Moyen-Âge on construit des maisons de fous et des chambres d'isolement dans les hôpitaux, tout comme des structures privées. Toutes disposent d'installations rudimentaires pour soigner les internés et les empêcher de nuire. De célèbres praticiens suisses, à l'image de Paracelse et Felix Platter au XVI^e s., ou encore Auguste Tissot et Johann Georg Zimmermann au XVIII^e s., ont apporté des contributions majeures à l'appréhension des « maux de l'esprit » ou des « maladies nerveuses »⁷¹.

Les maladies psychiques sont considérées comme un problème social, politique et médical à partir du début du XIX^e s. Dès lors, pratiquement tous les cantons mettent en place des centres d'internement et de soins pour les personnes atteintes d'une maladie psychique, centres dirigés par un psychiatre. La plupart de ces centres sont hébergés dans un bâtiment à part, parfois dans des anciennes abbayes, comme celles de St-Urbain (LU), Bellelay (BE) ou Rheinau (ZH). Certaines structures, telles que « Waldau », à Berne, « Friedmatt », à Bâle, « Burghölzli », à Zurich, « Cery », à Lausanne, ou « Bel-Air », à Genève, étaient également des hôpitaux universitaires. Les cliniques psychiatriques privées voient le jour entre la fin du XIX^e s. et le début du XX^e s. C'est le cas de la Klinik Wyss (BE), du Sanatorium Kilchberg (ZH) ou de la Klinik Littenheid (TG). Leur offre s'adresse en premier lieu à une clientèle aisée⁷².

Sur le plan scientifique, les psychiatres suisses jouissent dès la fin du XIX^e s. d'un prestige international, leurs travaux exposant des propositions théoriques et des avancées thérapeutiques remarquées : Auguste Forel (1848-1931), médecin en charge de la clinique psychiatrique Burghölzli à Zurich, a introduit l'ergothérapie et le traitement dans le milieu, réduisant ainsi le recours aux mesures physiques (p. ex., hydrothérapie). Son successeur, Paul Eugen Bleuler (1857-1939), s'attache à promouvoir le diagnostic clinique et prouve l'utilité de la psychiatrie en association avec la psychanalyse⁷³. L'un de ses médecins-chef, Carl Gustav Jung (1875-1961), apporte une vaste contribution à la théorie et aux progrès psychiatriques dans le traitement des maladies psychiques.

Les infrastructures psychiatriques bien développées et la longue tradition de recherche permettent aux psychiatres suisses de continuer, tout au long du XX^e s., à influer sur le développement de l'offre de soins. A la croisée entre la pratique et la recherche, ils ont analysé l'évolution à long terme des maladies psychiques et des facteurs environnementaux en dehors de la psychiatrie hospitalière^{74,75}. Dans les années 1970, ces évolutions ont permis à un plus grand nombre de patients de bénéficier d'un traitement axé sur leurs besoins individuels, au sein de leur communauté, au lieu d'être hospitalisés en permanence.

A cela s'ajoutent les soins ambulatoires mis en place dans l'environnement des patients (traitement communautaire) et de leur famille, ainsi que la décentralisation des soins stationnaires, mieux

⁷¹ Rätsu Luck, <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F12425.php>>, consulté le 13 août 2015

⁷² Barras Vincent, <<http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F8285.php>>, consulté le 16 juillet 2015

⁷³ Bleuler Eugen. *Die Allgemeine Behandlung der Geisteskrankheit*. Zurich, 1898.

⁷⁴ Ciompi Luc, Müller Christian. *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie*. Berlin, Heidelberg, 1976

⁷⁵ Prise de position des représentants des structures universitaires de psychiatrie de l'adulte, de pédopsychiatrie et de médecine psychosociale. *Zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz* (en allemand seulement et non daté)

coordonnés et redistribués dans les régions. Certains hôpitaux de premier recours ont mis en place des services psychiatriques afin de lutter contre la stigmatisation. En outre, les personnes atteintes de maladies psychiques ont progressivement été mises sur un pied d'égalité avec les patients souffrant de maladies somatiques, les séjours hospitaliers ont été raccourcis ou remplacés par des traitements ambulatoires dans des structures intermédiaires (traitements axés sur les besoins)⁷⁶. Ces évolutions ont grandement amélioré la qualité des traitements dispensés aux personnes atteintes de maladies psychiques graves, sans toutefois miser sur l'encouragement de leur intégration dans la société⁷⁷.

Depuis le début du siècle, la recherche sur les soins psychiatriques stagne dans les universités suisses⁷⁸, tandis que certaines cliniques psychiatriques, généralement découpées des universités, développent, elles, des modèles de soins innovants,

Influences de la politique de la santé

Au début des années 2000, l'OMS a inscrit la santé psychique (*mental health*) à l'agenda de la politique de la santé et a commencé à soutenir ses Etats membres dans la modernisation de leurs offres visant à préserver et à promouvoir la santé psychique, à soigner les maladies psychiques et à favoriser l'intégration sociale et professionnelle des personnes concernées⁷⁹. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, sis à Copenhague, a mis au point avec l'Union européenne, et dans une moindre mesure avec l'OCDE, des documents de référence conçus sur mesure pour les pays européens⁸⁰.

En Suisse, la Confédération et les cantons se sont saisis du dossier « santé psychique » pour la première fois en 2000 dans le cadre du projet Politique nationale de la santé et ont adopté le premier projet de stratégie visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse⁸¹. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan), qui venait de voir le jour, a mis en place un centre de compétence Santé mentale et met régulièrement à la disposition de la Confédération, des cantons et des autres milieux intéressés des documents scientifiques de référence (cf. ch. 6.2)⁸².

3.2 Bases légales

Les bases légales qui s'appliquent au diagnostic, au dépistage précoce, au traitement et à l'intégration sociale et professionnelle de patients sont les mêmes pour tous les patients, que ceux-ci soient atteints de troubles psychiques ou de troubles somatiques.

⁷⁶ Kuhl Christian. La psychiatrie intra-muros en Suisse 2000-2006. Observatoire suisse de la santé, Document de travail n° 31. Neuchâtel, 2008. p. 13-20

⁷⁷ Kurt Hans, Lang Undine E. Rabenschlag Franziska. *Charakteristika und Herausforderungen der aktuellen psychiatrischen Versorgung in der Schweiz*. Travaux en cours. Transmitter, 2015

⁷⁸ Meyer Peter C. Rička Regula. Informations scientifiques sur la santé psychique en Suisse. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2005 (résumé en français)

⁷⁹ OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, 2001

⁸⁰ OCDE. *Making Mental Health Count*. Etudes de l'OCDE sur les politiques de santé. Paris, 2014

⁸¹ Politique nationale suisse de la santé. Santé mentale, 2004

⁸² <<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/04.html>>, consulté le 18 juillet 2015

Tableau 2 : Vue d'ensemble des bases légales fédérales

Objet de la réglementation	Bases légales*	Compétence
Prestations en cas de maladie	La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) fixe les conditions relatives à la rémunération et à la reconnaissance des fournisseurs de prestations, les exigences relatives à la planification hospitalière et aux structures tarifaires ainsi que les mesures d'assurance qualité.	Confédération (OFSP)
Intégration professionnelle	La loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) fixe les mesures de réadaptation ainsi que les conditions de versement des rentes. Elle prévoit notamment qu'une rente peut uniquement être versée si toutes les possibilités de réadaptation ont été épuisées.	Confédération (OFAS), cantons
Droits des personnes et droits de l'enfant	Le 1 ^{er} janvier 2013, le droit des tutelles, resté quasiment inchangé depuis 1912, a été remplacé par le nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte dans le cadre de la révision des dispositions idoines du Code civil suisse (CC, RS 210).	Confédération (OFJ), cantons
Exécution des peines et mesures lorsque le délinquant souffre de maladie mentale	Le code pénal (CP, RS 311.0) règle les conditions permettant d'ordonner des mesures thérapeutiques lorsque le délinquant souffre de maladie mentale.	Confédération (OFJ), cantons
Formation et perfectionnement dans les professions médicales, de la santé et sociales	Cf. ch. 3.3	Confédération (OFPS ou SEFRI), cantons

* Différentes lois cantonales (p. ex., santé, lois spécifiques relatives aux services de médecine ou de psychologique scolaires, au financement des hôpitaux, aux tâches d'organisation et d'administration des offices AI, etc.) complètent les lois fédérales.

3.3 Professionnels des soins psychiatriques

Médecine interne générale

Les médecins de premier recours jouent un rôle majeur au niveau des soins psychiatriques. Actuellement, la formation postgrade en vue d'obtenir le titre de spécialiste en médecine interne générale ne contraint toutefois pas les futurs médecins de premier recours à approfondir leurs connaissances ou leurs expériences du diagnostic et du traitement de patients atteints de troubles psychiques, ni à effectuer une partie de leur formation postgrade en psychiatrie, et ce en dépit du fait que plus de 30 % des patients des cabinets de généralistes souffrent de troubles psychiques ou des suites psychiques d'une maladie somatique⁸³. Cela étant, la proportion d'assurés optant pour le modèle du médecin de famille allant grandissant, le rôle des médecins de premiers recours dans le diagnostic et le traitement précoce des maladies psychiques gagne lui aussi en importance.

Les médecins peuvent suivre une formation postgrade de droit privé portant sur le diagnostic et le traitement de maladies psychiques. Il existe actuellement les certificats suivants⁸⁴ :

- médecine psychosomatique et psychosociale (y c. valeur intrinsèque pour psychothérapie déléguée)

⁸³ Office fédéral de la santé publique (OFSP). Situation actuelle de la médecine de premier recours. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat des commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des deux chambres (CSSS-CE/CN). Berne. Non daté, p. 6

⁸⁴ <<http://www.fmh.ch/fr/formation-isfm/domaines-specialises/programmes-form-complementaire.html>>, consulté le 11 août 2015

- psychothérapie déléguée

Titres de spécialité « Psychiatrie et psychothérapie » et « Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents »

Les formations postgrades conduisant aux titres de spécialiste en « Psychiatrie et psychothérapie » et « Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents » visent à donner à un médecin les compétences lui permettant d'identifier, de comprendre, de traiter et de prévenir les troubles et les maladies psychiques chez les adultes, les enfants et les adolescents, de manière indépendante et sous sa propre responsabilité. Les formations durent six ans chacune. Des spécialisations complémentaires sont possibles dans les domaines suivants⁸⁵ :

- psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée ;
- psychiatrie de consultation et de liaison ;
- psychiatrie et psychothérapie forensiques (adultes, enfants et adolescents).

Lorsqu'ils interviennent dans d'autres domaines de la société (cf. ch. 5), les psychiatres assument avant tout des activités d'expert. L'activité d'expert fait partie du programme de formation postgrade accrédité. Avant de pouvoir se lancer dans une activité d'expert, les médecins doivent pouvoir attester d'au moins dix expertises supervisées. Cela signifie qu'en principe, tout titulaire d'un titre fédéral ou reconnu de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie peut établir une expertise. Depuis 2008, les spécialistes ayant suivi avec succès un cours d'expert en Suisse peuvent se faire certifier par la Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances⁸⁶.

Psychologues psychothérapeutes

L'entrée en vigueur, le 1^{er} avril 2013, de la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie (LPsy, RS 935.81), a permis d'harmoniser la formation et la formation postgrade des psychologues psychothérapeutes à l'échelle nationale. Les professions de la psychologie sont depuis soumises au droit fédéral pour ce qui est de la formation et de la formation postgrade ainsi que de l'exercice d'une activité professionnelle. La dénomination professionnelle « psychologue » est soumise à l'obtention d'un diplôme de master en psychologie. Dans le domaine de la psychothérapie, un système d'autorisation comportant des critères relatifs aux devoirs professionnels et à la surveillance a été mis en place afin de protéger les clients des prestataires sans qualification. La surveillance incombe aux cantons. Pour exercer sa profession au titre d'une activité économique privée sous sa propre responsabilité professionnelle, le psychothérapeute doit avoir effectué des études de psychologie au niveau de master et suivi une formation postgrade accréditée en psychothérapie⁸⁷.

Soins psychiatriques

Les prescriptions relatives aux formations de niveau de diplôme en soins infirmiers à l'usage des écoles reconnues par la Croix-Rouge suisse, datant de 1992, ont mené à une formation généraliste, ce qui a entraîné la suppression des spécialisations au niveau du diplôme. On estimait à l'époque que, pour les soins infirmiers, les spécialisations devaient être réalisées sous forme d'une formation complémentaire⁸⁸. Aucune des réformes suivantes de la formation pour le personnel soignant n'a permis de mettre en place une formation complémentaire en soins psychiatriques afin de préparer ces personnes aux soins et à l'accompagnement ambulatoire ou stationnaire des personnes souffrant d'une maladie psychique⁸⁹. Actuellement, les formations en soins infirmiers sont dispensées dans des

⁸⁵ Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue. Titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Berne, 2013

⁸⁶ <http://swiss-insurance-medicine.ch/fr/home_fr.html>, consulté le 11 août 2015

⁸⁷ <<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20091366/>>, consulté le 11 août 2015

⁸⁸ Croix-Rouge suisse. Formations de niveau diplôme en soins infirmiers. Berne, 1992

⁸⁹ Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie. Besoin de pilotage et de coordination au niveau politique

hautes écoles spécialisées ou des écoles supérieures ; certains cantons ou régions ne proposent qu'une de ces filières, d'autres les deux. En outre, au niveau secondaire II, il est possible de suivre un apprentissage en vue d'obtenir un CFC d'assistant en soins et santé.⁹⁰ Les cliniques psychiatriques offrent des places d'apprentissage pour la partie de cette formation se déroulant en entreprise. Dans le cadre du projet Examens fédéraux dans le domaine des soins, il est prévu de mettre sur pied une spécialisation dénommée « Spécialiste pour les soins et l'accompagnement des personnes atteintes dans leur santé psychique » au niveau examen professionnel supérieur et examen professionnel⁹¹. Pendant une bonne vingtaine d'années, on n'y a pas formé de personnel soignant spécialisé en psychiatrie et disposant d'un titre reconnu. Etant donné que le personnel soignant des équipes interprofessionnelles des offres de soins intermédiaires (cf. ch. 4.2) intervient seul au domicile des patients, où il est livré à lui-même, le manque de spécialistes en soins psychiatriques se fait particulièrement ressentir dans ces secteurs.

Pairs-praticiens en santé mentale

Depuis 2007, la fondation suisse Pro Mente Sana appuie en Suisse alémanique la réalisation de cours pour l'accompagnement du rétablissement. Ces cours s'adressent aux personnes ayant une expérience de la maladie psychique. Pour le moment, ces cours comportent deux niveaux : le premier fournit les bases du processus de rétablissement. Les pairs-praticiens en santé mentale souhaitant participer à l'accompagnement de patients atteints de maladies psychiques doivent suivre un cours complémentaire. Les coûts de la formation sont répartis entre les participants, les employeurs qui souhaitent avoir recours à un pair-praticien, et la fondation Pro Mente Sana.⁹² Les évaluations de ces cours ont révélé que l'accompagnement du processus de rétablissement présente une plus-value à la fois pour la personne anciennement atteinte de maladie psychique et pour l'employeur⁹³. Les pairs-praticiens peuvent, par exemple, aider les patients à surmonter une crise grave en leur offrant une perspective positive découlant de leur propre expérience. Les travaux en lien avec l'accompagnement du rétablissement ne sont pas encore achevés : les possibilités d'engagement et la question du dédommagement sont encore à l'examen. Il existe actuellement plusieurs prestataires proposant des cours de formation.

Conclusion

Les éléments suivants sont déterminants pour le développement de l'offre de soins psychiatriques :

- L'offre de soins psychiatriques a évolué au fil du temps.
- Les mêmes bases légales s'appliquent au financement du traitement des maladies psychiques et au traitement des maladies somatiques.
- La psychiatrie compte plusieurs groupes professionnels. Pour les médecins et les psychologues il existe des spécialisations clairement réglementées. S'agissant du personnel soignant, une spécialisation en psychiatrie est en cours de planification.

pour l'introduction de la systématique de la formation et la mise en place de formations axées sur les besoins dans les professions des soins à l'échelon fédéral et cantonal. Berne, 2010

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ <<https://www.udasante.ch/fr/formation-professionnelle-superieure/examens-federaux-dans-le-domaine-des-soins/>>, consulté le 11 août 2015

⁹² <<https://www.promentesana.ch/de/angebote/recovery-und-peer/peer-weiterbildung.html>>, consulté le 22 septembre 2015

⁹³ Rabenschlag Franziska, Hoffmann Holger, Conca Antoinetta, Schusterschitz Claudia. *Who benefits from peer support in psychiatric institutions*. Psychiatric Quarterly, n° 83 (2), p. 209-220

4 Analyse de l'évolution des structures de soins

4.1 Méthodologie

Le présent chapitre décrit l'évolution des structures de soins « ambulatoires », « intermédiaires » et « stationnaires » observée ces 11 dernières années. Les critères examinés sont les suivants⁹⁴ :

- recours aux soins ;
- aspects organisationnels ;
- aspects financiers ;
- ressources humaines.

Les analyses se fondent sur les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS), sur des évaluations de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), sur les études d'instituts de recherche (universités, hautes-écoles) ou de bureaux privés, ainsi que sur des entretiens menés avec des experts. Toutes les statistiques figurant dans le présent rapport se rapportent à la dernière année de relevé disponible. Par ailleurs, l'OFSP a fait établir en 2012, en collaboration avec la CDS, un rapport sur l'état des lieux de la planification des soins psychiatriques dans les cantons et sur l'avancement de la réalisation des projets. Cette étude – ci-après citée sous le nom d'*« Etat des lieux 2012 »*⁹⁵ – s'appuie sur le guide « Planification de la psychiatrie » édité par la CDS. Parmi les 26 cantons suisses, 24 ont participé aussi bien à l'analyse documentaire qu'à l'enquête écrite. L'étude a débouché sur une description avant tout qualitative de l'offre de soins psychiatriques en Suisse. Ses résultats ne permettent en revanche pas de comparaison quantitative entre les cantons. En effet, les concepts utilisés dans la pratique sont trop dissemblables et à l'époque, les situations de départ étaient trop divergentes d'un canton à l'autre.

Malgré les études et données disponibles, plusieurs questions importantes restent encore en suspens ; cela concerne en particulier :

- l'analyse du mode d'orientation des patients dans le domaine ambulatoire (p. ex. : par qui les patients sont-ils adressés à un autre fournisseur de prestations ? A quel stade de la maladie un tel transfert a-t-il lieu ?) ;
- les informations relatives aux délais d'attente pour une prise en charge par un psychiatre ou une clinique psychiatrique ;
- les informations sur le nombre d'infirmiers travaillant dans les structures de soins intermédiaires.

En outre, des études épidémiologiques fiables sur les maladies psychiques sont nécessaires pour déterminer les besoins en matière de fourniture de soins. Les statistiques portant sur les traitements ne permettent pas de tenir compte des personnes qui auraient besoin d'une thérapie, mais n'ont pas recours à une aide professionnelle.

4.2 Evolution des structures de soins ambulatoires

Les structures ambulatoires fournissent des soins médico-psychiatriques de base destinés aux personnes atteintes d'une maladie psychique. Elles conviennent plus particulièrement pour les

⁹⁴ Donabian Avedis, Arbor Ann. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Health Administration Press; 1980.

⁹⁵ <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14150/14168/index.html?lang=fr>>, étude en allemand, site consulté le 7 janvier 2015.

groupes de patients suivants :

- les nouveaux malades ;
- les malades dans une large mesure stabilisés, qui sont généralement capables de respecter les consignes de traitement et n'ont pas besoin d'une aide trop conséquente pour les tâches de la vie quotidienne.

Ces patients, souvent atteints à la fois de maladies psychiques et somatiques, sont diagnostiqués et traités par des médecins de famille ou des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. A condition de posséder les qualifications requises, un médecin peut aussi déléguer les traitements psychothérapeutiques à des psychologues psychothérapeutes qualifiés (psychothérapie déléguée). En outre, des prestations d'aide et de soins à domicile peuvent être prescrites afin de soutenir les malades dans les tâches de la vie quotidienne.

Recours aux soins

Selon le monitorage 2012 « La santé psychique en Suisse », en 2010, sur la totalité des diagnostics psychiatriques posés dans des cabinets médicaux ambulatoires, 61,5 % l'ont été par des psychiatres, 36,0 % par des médecins généralistes et 2,5 % par d'autres médecins (total 10 649 000 consultations, plusieurs diagnostics peuvent être posés pour un même malade par différents médecins). Les dépressions s'accompagnent souvent d'autres maladies. Plus la souffrance psychique est grande, plus le recours au médecin est fréquent.⁹⁶ Les médecins généralistes diagnostiquent principalement des dépendances et des dépressions, souvent en combinaison avec des maladies somatiques. Leurs possibilités thérapeutiques se limitent à la prescription de médicaments et à des entretiens de plus longue durée. S'ils proposent une psychothérapie, ils doivent adresser leur patient à un psychiatre ou à un psychologue psychothérapeute travaillant en délégation dans leur cabinet.

On estime à environ 340 000 par an le nombre de patients traités ambulatoirement dans un cabinet de psychiatrie. Entre 2006 et 2010, ce nombre a augmenté de 18,4 % (durant la même période, il a augmenté de 3,3 % dans les cabinets de médecine générale et de 8,5 % dans l'ensemble des cabinets médicaux). Durant la même période, le nombre de patients par médecin a augmenté de 9,0 % en psychiatrie, et de 1,4 % en médecine générale⁹⁷.

Une enquête de 2012 sur les prestations fournies par les psychologues psychothérapeutes montre que près de 85 000 patients se sont vu prescrire une psychothérapie déléguée. Durant la même année, 78 000 patients se sont adressés de leur propre initiative à un psychologue psychothérapeute indépendant⁹⁸.

Aspects organisationnels

Si, en 2010, un médecin généraliste traitait en moyenne environ 830 patients par année, ce nombre n'était (que) de 115 en moyenne pour un psychiatre. Il convient cependant de noter qu'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique ne peut pas être comparé à un traitement auprès d'un médecin de famille.

Les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, de même que les psychologues psychothérapeutes indépendants, s'installent principalement dans les villes et les agglomérations urbaines, suivant en cela la tendance observée d'une manière générale chez les médecins indépendants^{99,100}. Dans les régions rurales, les personnes souffrant de troubles psychiques doivent

⁹⁶ Schuler Daniela, Burla Laila. La santé psychique en Suisse. Monitorage 2012. Obsan Rapport 52. Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel. 2012. p. 46-49.

⁹⁷ Schuler Daniela, Burla Laila. La santé psychique en Suisse. Monitorage 2012. Obsan Rapport 52. Observatoire suisse de la santé. Neuchâtel. 2012. p. 46-49.

⁹⁸ Stettler Peter, Stocker Désirée, Gardiol Lucien, Bischof Severin, Künzi Kilian. Enquête sur les données structurelles de la psychothérapie effectuée par des psychologues en Suisse en 2012. Berne, 2013. p. 50.

⁹⁹ <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/03/key/01.html>>, consulté le 25. octobre 2013.

¹⁰⁰ Stettler Peter, Stocker Désirée, Gardiol Lucien, et al.: Enquête sur les données structurelles de la psychothérapie effectuée

de ce fait se déplacer relativement loin pour avoir accès à des soins spécialisés. Selon la maladie dont elles sont atteintes et l'accompagnement dont elles bénéficient, cela peut représenter un obstacle important.

Les psychiatres établis sont obligés d'assurer, d'une manière ou d'une autre, un service d'urgence. La situation en la matière varie énormément d'une région à l'autre : dans les grandes villes (p. ex. Zurich), il existe la plupart du temps un centre d'urgences psychiatriques ouvert 24 h sur 24 (effectuant également des visites à domicile) ou un service subsidiaire qui assure les urgences de nuit et durant les week-ends. Dans d'autres régions, en revanche, le médecin de garde appelé en cas d'urgence n'a pas d'autre possibilité que de contacter un psychiatre par téléphone.

Aspects financiers

Depuis 2004, les prestations fournies par les médecins dans le domaine ambulatoire sont rémunérées selon la structure tarifaire TARMED. Un chapitre spécifique y est consacré aux prestations de psychiatrie et de psychothérapie déléguée. Les prestations des psychologues psychothérapeutes sont remboursées par l'AOS à condition que le thérapeute soit engagé par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ou un médecin titulaire du certificat en psychothérapie déléguée, et que le traitement soit effectué dans le cabinet du médecin, sous la responsabilité et la supervision de ce dernier. Il s'agit dans ce cas de prestations médicales dont les coûts doivent être pris en charge par l'assurance compte tenu des conditions édictées aux art. 2 à 3b de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31). Les prestations de soins et d'aide à domicile sont prises en charge conformément à l'art. 7 OPAS.

Ressources humaines

Les médecins de premier recours (spécialistes en médecine interne générale, pédiatres, médecins praticiens) jouent un rôle important tant pour le traitement proprement dit que pour la coordination avec les structures de soins intermédiaires et stationnaires, car ils connaissent en règle générale bien le dossier médical et le contexte social des patients. Les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent consacrent quant à eux souvent beaucoup de temps à des traitements qui nécessitent des connaissances spéciales en diagnostic, en pharmacologie et en psychothérapie. Ils assument eux aussi des tâches de conseil et de coordination qui vont au-delà de la thérapie proprement dite.

En vue d'évaluer l'offre future dans le domaine de la médecine psychiatrique ambulatoire, nous avons relevé ci-dessous les principales caractéristiques sociodémographiques des médecins de premier recours et des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au bénéfice d'une autorisation de pratiquer. Les données concernent les années 2011 à 2014 et proviennent du registre des professions médicales de l'OFSP.

Tableau 3 : Médecins de premier recours au bénéfice d'une autorisation de pratiquer

Caractéristiques (Source : MedReg, OFSP 2015)	2011	2012	2013	2014
Personnes au bénéfice d'une autorisation de pratiquer	11 175	11 860	12 723	13 175
Proportion d'hommes	71,0 %	69,8 %	68,1 %	67,0 %
Proportion de femmes	29,0 %	30,2 %	31,9 %	33,0 %
Proportion de personnes âgées de plus de 55 ans	45,5 %	46,1 %	45,8 %	46,7 %

Tableau 4 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, au bénéfice d'une autorisation de pratiquer

Caractéristiques	2011	2012	2013	2014
Personnes au bénéfice d'une autorisation de pratiquer	2660	2932	3263	3379
Proportion d'hommes	59,6 %	59,3 %	58,5 %	58,3 %
Proportion de femmes	40,1 %	40,7 %	41,5 %	41,7 %
Proportion de personnes âgées de plus de 55 ans	51,0 %	51,0 %	50,0 %	51,0 %

Source : MedReg, OFSP 2015.

Tableau 5 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, au bénéfice d'une autorisation de pratiquer

Caractéristiques	2011	2012	2013	2014
Personnes au bénéfice d'une autorisation de pratiquer	555	596	645	663
Proportion d'hommes	40,9 %	39,6 %	38,3 %	38,6 %
Proportion de femmes	59,1 %	60,4 %	61,7 %	61,4 %
Proportion de personnes âgées de plus de 55 ans	49,0 %	49,8 %	51,6 %	53,3 %

Source : MedReg, OFSP 2015

La comparaison entre les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au bénéfice d'une autorisation de pratiquer et les médecins de premier recours au bénéfice d'une autorisation de pratiquer montre les tendances suivantes :

- L'âge moyen des psychiatres est de 55 ans, soit de 1,5 an plus élevé que celui des médecins généralistes (53,5 ans).
- La proportion de médecins âgés de plus de 55 ans est de 51 % (stable) chez les psychiatres, alors qu'elle se situe entre 45,5 et 46,7 % chez les généralistes. De plus, seulement 12,7 % des psychiatres ont moins de 44 ans¹⁰¹. Cette faible proportion s'explique par le fait que les psychiatres obtiennent leur titre de spécialiste en moyenne 4,3 ans plus tard (à 42,2 ans) que les autres médecins, en raison notamment du choix tardif de cette spécialisation ou de pauses familiales qui prolongent la formation postgrade.
- En 2014, la proportion de femmes parmi les psychiatres pour enfants et adolescents était de 61,4 % ; elle était de 41,7 % parmi les psychiatres et de 33,0 % parmi les médecins généralistes.

Dans le diagnostic et le traitement des maladies psychiques, le dialogue entre le thérapeute et le patient joue un rôle essentiel. De ce fait, la langue et l'origine culturelle des parties en présence peuvent avoir une grande influence sur le traitement. L'analyse des données du registre des professions médicales pour les années 2011 à 2014 selon le type de diplôme fait apparaître dans les trois groupes de médecins une augmentation du nombre de personnes titulaires d'un diplôme et/ou d'un titre postgrade délivrés à l'étranger (cf. tableaux 6, 7 et 8).

¹⁰¹ Burla Laila, Widmer Marc. Le corps médical en Suisse: effectif et évolutions jusqu'en 2011. Obsan Bulletin 3/2012.

Tableau 6 : Médecins de premier recours selon le type de diplôme

Type de diplôme	2011	2012	2013	2014
Diplôme (D) fédéral et diplôme postgrade (DPg) fédéral	9650	9946	10 322	10 483*
Proportion	87,6 %	85,2 %	82,3 %	80,7 %
D étranger reconnu et DPg fédéral	537	674	890	984
Proportion	4,9 %	5,8 %	7,1 %	7,6 %
D étranger reconnu et DPg étranger reconnu	823	1050	1325	1522
Proportion	7,5 %	9,0 %	10,6 %	11,7 %

* La catégorie des médecins titulaires d'un diplôme fédéral et d'un diplôme postgrade reconnu, délivré à l'étranger n'est pas recensée.

Source : MedReg, OFSP 2015.

Tableau 7 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, selon le type de diplôme

Type de diplôme	2011	2012	2013	2014
Diplôme (D) fédéral et diplôme postgrade (DPg) fédéral	2055	2157	2260	2283*
Proportion	77,3 %	73,6 %	69,3 %	67,6 %
D étranger reconnu et DPg fédéral	327	414	518	559
Proportion	12,3 %	14,1 %	15,9 %	15,7 %
D étranger reconnu et DPg étranger reconnu	276	359	483	530
Proportion	10,4 %	12,2 %	14,8 %	16,5 %

* La catégorie des médecins titulaires d'un diplôme fédéral et d'un diplôme postgrade reconnu, délivré à l'étranger n'est pas recensée.

Source : MedReg, OFSP 2015.

Tableau 8 : Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, selon le type de diplôme

Type de diplôme	2011	2012	2013	2014
Diplôme (D) fédéral et diplôme postgrade (DPg) fédéral	467	487	514	518
Proportion	84,1 %	81,7 %	79,7 %	78,1 %
D étranger reconnu et DPg fédéral	43	51	60	65
Proportion	7,7 %	8,6 %	9,3 %	9,8 %
D étranger reconnu et DPg étranger reconnu	45	58	71	80
Proportion	8,1 %	9,7 %	11,0 %	12,1 %

* La catégorie des médecins titulaires d'un diplôme fédéral et d'un diplôme postgrade reconnu, délivré à l'étranger n'est pas recensée.

Source : MedReg, OFSP 2015.

La proportion des titulaires de diplômes fédéraux pour la formation de base et pour la formation postgrade est de 67,6 % (tendance à la baisse) parmi les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, et de 78,1 % (tendance à la baisse) parmi les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Parmi les médecins de premier recours, cette proportion est de 80,7 % (tendance également à la baisse). En 2012, la plus haute proportion de titres postgrade délivrés décernés à des médecins ayant accompli leur formation de base à l'étranger concernait la

spécialisation « psychiatrie et psychothérapie » ; elle s'élevait à 55,6 %¹⁰². Vu le nombre actuel de médecins-assistants provenant de l'étranger (pénurie de médecins-assistants suisses), la proportion de titulaires d'un diplôme en médecine obtenu à l'étranger et d'un diplôme de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie obtenu en Suisse va encore augmenter ces prochaines années. Dans ce domaine où la communication orale et la prise en compte du contexte socioculturel jouent un rôle déterminant, cela peut se révéler problématique pour le diagnostic et pour le traitement.

Selon la liste des médecins de la FMH, on comptait à la fin 2014 également 403 médecins titulaires du certificat en psychothérapie déléguée¹⁰³.

Des prévisions basées sur des modèles de calcul montrent que d'ici 10 ans il manquera probablement environ 1000 psychiatres pour enfants, adolescents et adultes ayant le même arrière-plan culturel et linguistique que leurs patients¹⁰⁴. Les médecins-chefs des cliniques psychiatriques signalent depuis plusieurs années la pénurie croissante de médecins-assistants suisses qui envisagent de se spécialiser en psychiatrie et psychothérapie.

En comparaison internationale, la Suisse possède actuellement encore la plus forte densité de psychiatres au bénéfice d'une autorisation de pratiquer (0,41/1000 habitants [2014])¹⁰⁵. En ce qui concerne les médecins de premiers recours, la densité d'autorisations de pratiquer est de 1,6/1000 habitants (2014). Depuis 2011, la densité tend à augmenter dans les deux catégories¹⁰⁶.

Le seul critère fiable pour établir des comparaisons internationales dans le domaine de l'offre de soins psychiatriques ambulatoires est celui de la densité des psychiatres. D'après la comparaison effectuée entre les pays membres de l'OCDE, qui se base sur le nombre de titres postgrade décernés, la Suisse possède une densité de médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie supérieure à la moyenne. Or, en Europe, on observe qu'il existe dans la plupart des pays une différence entre la fréquence des maladies psychiques et le recours effectif aux soins, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer quel pays possède la densité de psychiatres la mieux adaptée à ses besoins. De plus, de telles comparaisons devraient également tenir compte de la répartition des tâches et des compétences dévolues aux acteurs impliqués dans les soins psychiatriques fournis dans le domaine ambulatoire, qui sont différentes d'un pays à l'autre.

4.3 Evolution des structures de soins intermédiaires

Par « structures intermédiaires », nous entendons ci-après les différentes offres de soins qui comblient la lacune entre les soins stationnaires disponibles 24 h sur 24 et les consultations en cabinet médical.¹⁰⁷ Ces structures s'adressent aux personnes suivantes :

- personnes qui participent à des programmes d'intégration sociale et professionnelle ;
- personnes ou familles qui cumulent les difficultés et ont besoin d'une aide directe pour les tâches quotidiennes ;
- personnes que la maladie rend dépendantes d'un soutien, que ce soit pour la gestion des relations sociales ou pour la vie quotidienne (alimentation, soins corporels).

En Suisse, on connaît surtout les centres de soins ambulatoires et les cliniques de jour, dans lesquels les patients se rendent aussi souvent que nécessaire – entre une fois par jour et une fois par semaine

¹⁰² Burla Leila, Rüfenacht Jasmine. Formation en médecine humaine et dans les professions des soins et de l'accompagnement. Neuchâtel, Obsan Bulletin 2/2013, Observatoire suisse de la santé.

¹⁰³ <<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch>>, consulté le 10 février 2015.

¹⁰⁴ Giacometti-Bickel Graziella, Landolt Karin, Bernath Christian, Seifritz Erich, et al. Il manquera 1000 psychiatres dans 10 ans. Bulletin des médecins suisses, 2013; 94: 8.

¹⁰⁵ OECD. Making mental health count. Paris, 2014, p. 179.

¹⁰⁶ Office fédéral de la santé publique. Registre des professions médicales; évaluation de l'OFSP, 2015.

¹⁰⁷ Weber Roland. Zur Finanzierung ambulanter psychiatrischer Dienste. 2010, p. 3. (non publié).

– pour recevoir les soins et/ou l'assistance prodigués par une équipe professionnelle pluridisciplinaire. A côté de cela, diverses formes de prestations psychiatriques ont été développées dans le domaine préhospitalier et posthospitalier (cf. annexe 1 : exemples de bonnes pratiques 2 à 4). Il s'agit par exemple des soins à domicile spécialisés dans le domaine psychiatrique, des « équipes mobiles » qui interviennent sur place en cas de crise, ou des services spécialisés dans le suivi après une hospitalisation¹⁰⁸. Les structures intermédiaires revêtent une grande importance dans le domaine des soins psychiatriques : elles offrent des traitements coordonnés et intégrés, qui peuvent remplacer des soins stationnaires ou faire suite à un séjour en clinique, et elles sont (la plupart du temps) situées à proximité du lieu de vie des patients.

Actuellement, il n'existe pas de répertoire mis à jour des structures de soins intermédiaires. Un inventaire établi en 2006 avait décrit l'offre en thérapies et en prestations de services psychiatriques ambulatoires et semi-ambulatoires, très diversifiée, de 58 institutions, 93 services et 497 unités de soins¹⁰⁹.

Cliniques de jour

Les cliniques de jour sont des institutions avec des axes thérapeutiques spécifiques. Elles sont destinées à des malades psychiques en phase aigüe ou subaigüe qui peuvent compter sur un entourage social suffisamment stable. Les patients fréquentent ces institutions pendant une période limitée, et seulement durant la journée ; ils passent les nuits et les week-ends dans leur environnement familial.

La plupart des cliniques de jour ont un programme hebdomadaire fixe comprenant différentes formes de thérapies (individuelles ou de groupe), telles que la thérapie sociale (cuisiner, faire les achats), l'ergothérapie, les thérapies occupationnelles ou créatives, la thérapie par le sport ou encore des psychothérapies de groupe ou individuelles. De plus, les intervenants partagent les activités de la vie quotidienne avec les patients et intègrent ces moments à la thérapie. La prise en compte de l'entourage social – parents, représentants officiels, employeurs – et, le cas échéant, du réseau thérapeutique existant en dehors de la clinique de jour est un autre aspect important. Les équipes professionnelles sont pluridisciplinaires et en général composées de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'ergothérapeutes, d'art-thérapeutes, de travailleurs sociaux et de sociopédagogues.

Centres de soins ambulatoires

Les centres de soins ambulatoires sont des services de consultation et de soins intégrés à des institutions et qui, comme les cliniques de jour, disposent d'équipes professionnelles pluridisciplinaires. Outre des offres à bas seuil pour les urgences et les cas de crise ainsi que des prestations de conseil, ces centres proposent en règle générale des services de consultation et de liaison avec les hôpitaux somatiques, les institutions de réadaptation, les établissements médicaux-sociaux et les établissements d'habitat protégé. L'offre des centres de soins ambulatoires comprend des consultations, des prestations de conseil aux malades et à leurs proches ainsi que, au besoin, des séances de coordination (« case management ») avec les médecins de famille et autres personnes concernées (p. ex. les services sociaux de la commune). Si un traitement est nécessaire, le patient se voit proposer une thérapie auprès d'un médecin spécialiste établi ou un transfert en clinique de jour, voire en établissement hospitalier. Dans de rares cas, les centres de soins ambulatoires proposent des psychothérapies de longue durée. Enfin, de nombreux centres ambulatoires ont des offres qui s'adressent aux personnes à risque, aux employeurs et à d'autres groupes cibles, et qui visent à prévenir les troubles psychiques ainsi que la stigmatisation des personnes qui en souffrent.

¹⁰⁸Ibid.

¹⁰⁹ Lavignasse Carlos, Moreau-Gruet Florence. Inventaire des structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières en Suisse, 2006. Obsan

«Equipes mobiles»

Les équipes mobiles interviennent « sur le terrain » et offrent une aide non médicale dans les cas de crise aigüe. Ces interventions sur le lieu de vie et dans des situations de crise peuvent constituer une alternative à l'admission dans une clinique. Les équipes mobiles de psychiatrie se rendent auprès des malades en phase aigüe qui ne sont plus capables de se procurer de l'aide par eux-mêmes et leur prêtent assistance sur place.

Le travail des équipes mobiles, qui interviennent en cas de crise ou de maladie aigüe, diffère de celui des « soins à domicile », axés sur un plus long terme. Dans ce dernier cas, l'intervenant se rend régulièrement sur le lieu de vie du patient. Ensemble, l'intervenant et le patient identifient les difficultés pratiques rencontrées dans la vie quotidienne en raison de la maladie psychique et recherchent des solutions. Il peut s'agir, notamment, d'un soutien pour les tâches de la vie quotidienne (ménagères, administratives), d'une aide pour la planification des journées et des semaines ou d'une surveillance de la prise des médicaments. Un accompagnement pour les phases de crise est également possible, sous forme de développement de stratégies de maîtrise de soi, d'organisation de mesures de soutien ou d'activation du réseau d'entraide du patient.

Recours aux soins

On estime à environ 120 000 personnes par an le nombre de patients traités pour des troubles psychiques dans des structures de soins intermédiaires (cliniques de jour ou centres de soins ambulatoires)¹¹⁰. Selon une analyse du Pool de données SASIS, environ 1,322 millions de consultations ont été données en 2014. Cela représente une hausse de 70,7 % par rapport à 2004 (774 385 consultations)¹¹¹.

Aspects organisationnels

D'après l'étude « *Etat des lieux 2012* », tous les cantons prévoient des centres de soins ambulatoires et des cliniques de jour dans leur plan de soins psychiatriques. Les fournisseurs de prestations travaillent en général sur la base de mandats qui, selon les cas, sont définis de manière implicite ou explicite dans la planification cantonale.

Ces huit dernières années, de nombreux cantons ont élaboré et mis en œuvre des « projets pilotes » dont le but est d'améliorer la perméabilité entre les structures de soins psychiatriques ambulatoires et stationnaires (cf. 2.4). Des exemples de projets cantonaux novateurs sont succinctement présentés dans l'annexe au présent rapport.

Aspects financiers

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier, le 1^{er} janvier 2012, et la suppression du type de traitement « semi-hospitalier », les cliniques de jour sont, en vertu de l'art. 5 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104), soumises au tarif qui s'applique dans le domaine des soins ambulatoires. Les partenaires tarifaires peuvent convenir de forfaits pour ces traitements. A défaut de forfaits, ce sont les tarifs pour les prestations ambulatoires qui s'appliquent. Les prestations médicales et les psychothérapies déléguées sont rémunérées dans le cadre de l'AOS selon la structure tarifaire TARMED.

Comme pour toutes les prestations de soins, l'AOS fournit une contribution pour les soins psychiatriques de base qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social (art. 25a LaMal). Le montant de cette contribution est fixé par le Conseil fédéral. Les cantons

¹¹⁰ Rüesch Peter, Bänziger Andreas, Juvalta Sibylle. Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie. Obsan Dossier 23. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel, 2013, S. 12. (en allemand, résumé en français, p. 18).

¹¹¹ Pool de données SASIS SA / Analyse Obsan. Neuchâtel, (non publié) 2014.

règlement le financement résiduel, en tenant compte de l'exigence légale selon laquelle les coûts qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur les patients qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral.

Du point de vue des cantons et des fournisseurs de prestations, les prestations mentionnées ci-dessous ne sont pas suffisamment prises en compte dans les tarifs qui s'appliquent aux cliniques de jour et aux centres de soins ambulatoires, voire ne sont pas du tout prises en compte dans les tarifs qui s'appliquent à d'autres structures de soins intermédiaires :

- les prestations de base fixes (p. ex. permanence, déplacements), indispensables pour assurer les interventions de crise ;
- les prestations de soins après la quatrième heure (TARMED ne prévoit que quatre heures de soins médicaux ou infirmiers par semaine) ;
- la thérapie sociale ou thérapie de milieu, c.-à-d. le soutien dans les activités de la vie quotidienne, ainsi que d'autres formes de thérapies usuelles dans le domaine de la psychiatrie sociale ;
- les frais de coordination entre les médecins et le personnel soignant ;
- les prestations de professionnels qui ne font pas partie du personnel médical ou soignant, telles que les prestations de mise en réseau, les prestations ambulatoires du service social, les prestations de mise en réseau des conseillers en orientation professionnelle et des *case manager* (gestion de cas) ;
- les prestations de conseil aux proches.

En outre, les cantons et les fournisseurs de prestations considèrent que les tarifs appliqués ne couvrent pas les coûts. Cela est notamment dû au fait que les tarifs TARMED ont été calculés sur la base de données économiques reflétant la situation d'un cabinet de psychiatrie privé (p. ex. une seule salle de consultation, consultations seulement sur rendez-vous, donc pas de service d'urgence, beaucoup de prestations d'ordre administratif).

Il en résulte que le remboursement par l'AOS correspond, selon les estimations des cantons de Berne et de St-Gall, à un taux de couverture des coûts effectifs d'environ 60 %. Une enquête effectuée par le canton de Zurich dans le cadre de la fixation des tarifs des cliniques de jour permet de conclure que les 40 % de coûts actuellement non couverts concernent pour une moitié (20 %) des prestations relevant de la LaMal et pour l'autre moitié (20 %) des prestations ne relevant pas de la LaMal. De l'avis des cantons et des fournisseurs de prestations, les cliniques de jour et les équipes mobiles sont ainsi défavorisées par rapport aux établissements hospitaliers, alors même qu'elles offrent des prestations comparables. En effet, les forfaits qui s'appliquent dans le domaine stationnaire couvrent l'ensemble des prestations.

Il convient toutefois de relever que dans la plupart des cantons, les prestations sont désormais décomptées non pas individuellement, mais selon des forfaits journaliers négociés entre le canton et les assureurs dans le cadre de conventions tarifaires spéciales. Le montant de ces forfaits varie entre 165 francs (Grisons) et 210 francs (Zurich). Le financement résiduel des prestations d'intérêt général est assuré par des contributions cantonales. Ce cofinancement est tributaire des décisions budgétaires prises chaque année par les parlements cantonaux, ce qui engendre une grande insécurité pour la planification chez les fournisseurs de prestations. Sous la pression des économies des cantons, les structures de soins intermédiaires ne se développent pas comme cela serait souhaitable dans la perspective d'une fourniture de soins psychiatriques moderne et adéquate.

Les prestations fournies dans les centres ambulatoires sont elles aussi décomptées selon les tarifs qui s'appliquent au domaine ambulatoire, de sorte que les cantons et les fournisseurs de prestations déplorent là aussi une prise en compte et des évaluations défaillantes. Les difficultés de financement qui en résultent sont semblables à celles des cliniques de jour. A cela s'ajoute le fait que les centres ambulatoires enregistrent une grande proportion de consultations manquées, car en raison leur état de santé, les patients ne sont souvent pas en mesure de respecter ou de décommander à temps les

rendez-vous. Par ailleurs, les centres ambulatoires assurent également des soins d'urgence, notamment du fait de leur fonction subsidiaire dans les régions, nombreuses, où la couverture des besoins en soins psychiatriques de base n'est pas assurée faute de médecins spécialisés établis en cabinet. Actuellement, les découverts sont comblés par les cantons dans la mesure de leurs moyens financiers. Ces subventions dépendent elles aussi des décisions budgétaires annuelles prises par les parlements cantonaux.

Ressources personnelles

Les centres de soins ambulatoires et les cliniques de jour disposent d'équipes pluridisciplinaires composées de médecins, d'infirmiers, de psychologues ainsi que de travailleurs sociaux et d'éducateurs. Les infirmiers, éducateurs et travailleurs sociaux jouent un rôle clé, car ils assument en général les tâches de coordination et de mise en réseau.

4.4 Evolution des structures de soins stationnaires

Les structures de soins stationnaires se caractérisent par une large palette d'offres de thérapies, accessible sept jours sur sept et 24 h sur 24. Les traitements stationnaires sont dispensés dans des cliniques psychiatriques ou dans les unités de psychiatrie d'établissements hospitaliers généraux. En règle générale, les cliniques psychiatriques ont une obligation d'admission et de traitement et elles assument (pour la plupart) également des urgences. Les traitements stationnaires sont en premier lieu destinés aux patients suivants :

- personnes en état de santé instable ;
- personnes souffrant d'une maladie grave ;
- personnes nécessitant une thérapie spécialisée (p. ex. personnalité borderline) ;
- personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou autrui ;
- personnes nécessitant un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique intensif, ou pour lesquelles les thérapies ambulatoires ne suffisent pas ou n'ont pas apporté d'amélioration ;
- personnes qui ne sont plus en mesure de se prendre en charge elles-mêmes.

En plus des indications médicales mentionnées ci-dessus, la décision d'hospitaliser un patient ou non dépend de la disponibilité d'autres offres thérapeutiques.

Recours aux soins

La statistique médicale des hôpitaux montre que le nombre de personnes admises dans une clinique psychiatrique ou dans l'unité de psychiatrie d'un hôpital général pour y recevoir des traitements et des soins stationnaires a constamment augmenté au cours de ces dernières années. Le taux d'hospitalisation sur la base d'un diagnostic principal psychiatrique est passé de 7,1 patients pour 1000 habitants en 2003 à 8,0 patients pour 1000 habitants en 2013. En nombre de cas (une même personne peut être hospitalisée plus d'une fois par année), le taux d'hospitalisation est passé de 9,9 cas pour 1000 habitants en 2003 à 11,4 cas pour 1000 habitants en 2013¹¹². En 2003, des traitements stationnaires ont été dispensés à quelque 52 300 patients psychiatriques, représentant 73 000 cas ; en 2013, ces chiffres se montaient à 65 400 patients et 92 700 cas. La croissance enregistrée durant ces dix années est donc de 25,1 % pour ce qui concerne le nombre de patients et de 27 % pour ce qui concerne le nombre de cas. Les patients ont été hospitalisés en moyenne 1,39 fois par année en 2003 et 1,41 fois en 2013.

Durant les mêmes dix années, le nombre de jours de soins a augmenté de 310 000 unités (2 190 000

¹¹² Office fédéral de la statistique. Statistique médicale des hôpitaux. Neuchâtel, 2015.

jours en 2003 et 2 500 000 jours en 2013), soit 14,1 %. La durée moyenne des séjours a, quant à elle, diminué, passant de 39,8 jours en 2003 à 35,2 jours en 2013¹¹³.

Cette durée moyenne inclut aussi les patients hospitalisés durant plus d'une année. Dans le domaine psychiatrique comme dans celui des soins aigus somatiques, le nombre et la durée des longs séjours hospitaliers diminuent. Entre 2003 et 2013, le nombre de cas impliquant une hospitalisation de plus d'une année a reculé de plus de trois quarts, passant de 1777 à 399. La durée de séjour moyenne de ces patients est passée de 3011 à 1926 jours (soit une diminution de 64 %). En 2013, ces patients ont totalisé 768 000 jours de soins, ce qui ne représente plus que 14,3 % du nombre de jours de soins fournis à cette même catégorie de patients en 2003, et 22,9 % du nombre total de jours de soins fournis en 2013. Si l'on ne tient pas compte des patients de longue durée, la durée de séjour moyenne des patients admis pour des interventions de crise ou des soins aigus s'établit à 28 jours¹¹⁴. Dans les années 2003 à 2013, la médiane des durées de séjour a fluctué entre 15 et 16 jours¹¹⁵.

En 2013, 73 % de toutes les admissions en clinique psychiatrique ont été ordonnées par un psychiatre ou un médecin titulaire d'un autre titre postgrade. Dans près de 20 % des cas, l'initiative avait été prise par le patient lui-même. Les autres instances à l'origine des hospitalisations ont été les services d'ambulance (1,7 %), les autorités judiciaires civiles ou pénales (1,4 %) ou d'autres personnes (3,8 %)¹¹⁶. En ce qui concerne les placements à des fins d'assistance, voir au ch. 5.2 ci-après.

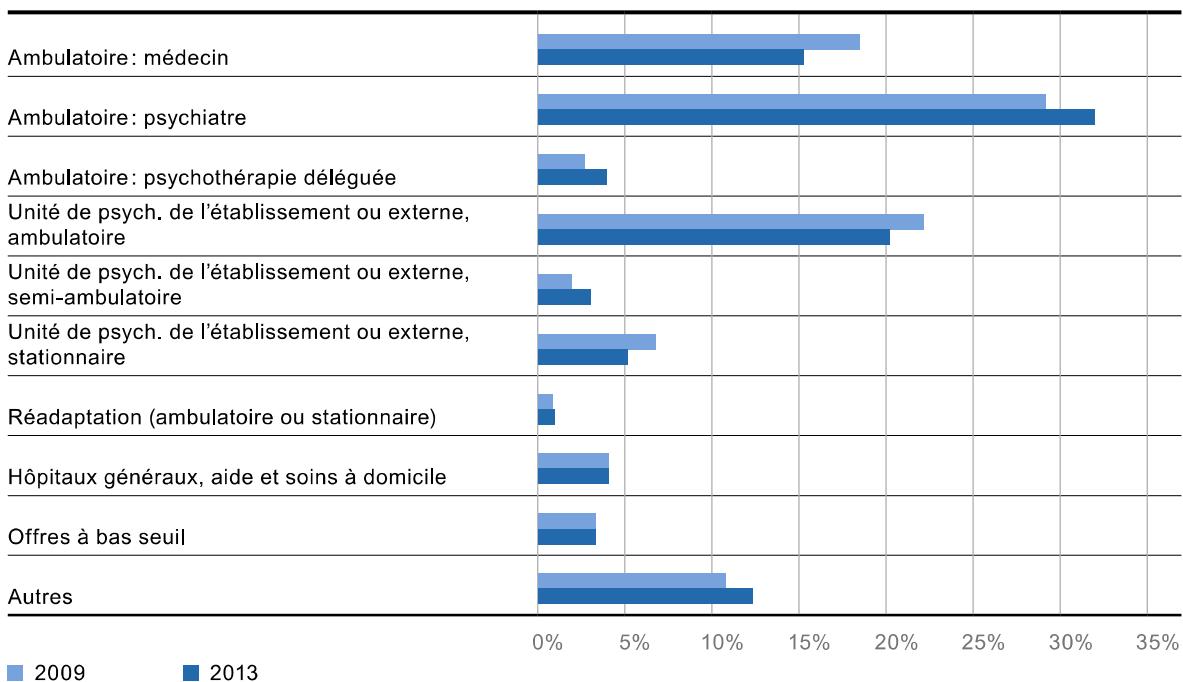
Selon les « données complémentaires Psychiatrie » relevées dans le cadre de la statistique médicale des hôpitaux, il apparaît que seule une petite partie des patients quittent l'hôpital guéris ou sans nécessiter d'autres soins. Les traitements complémentaires ambulatoires sont dans la plupart des cas dispensés par des psychiatres en cabinet : il en a été ainsi en 2013 pour 29,4 % des traitements complémentaires (20 340 cas). Pour le reste, ces traitements complémentaires ont été dispensés à raison de 16,1 % (9730 cas) par des médecins de famille, de 22,9 % (12 862 cas) par un service ambulatoire rattaché à une clinique et de 2,8 % (1930 cas) par une clinique de jour. Cette répartition est à peu près constante depuis 2009 (cf. fig. 1).

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ <<http://www.anq.ch/index.php?id=289&L=1>>, consulté le 11 août 2015.

Fig. 1 : Evolution des traitements complémentaires à une hospitalisation entre 2009 et 2013, en pourcent

Source: OFS 2015. Statistique médicale des hôpitaux, données complémentaires Psychiatrie

Il est largement démontré, par des études réalisées en Suisse et à l'étranger, que 30 à 40 % des ressources des structures stationnaires sont sollicitées par des patients atteints de troubles psychiques modérés à sévères^{117,118}. Le tableau 9 présente les dix diagnostics les plus fréquents et les durées de séjour moyennes correspondant à ces maladies ; il se fonde sur les données de la statistique médicale des hôpitaux. En 2013, les dix diagnostics les plus fréquents ont donné lieu à 50 % des hospitalisations. Il s'agit au total de 383 diagnostics appartenant aux catégories suivantes : troubles mentaux organiques (F0), troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychotropes (F1), troubles schizophréniques (F2), troubles affectifs (F3) et troubles névrotiques liés à des facteurs de stress/somatoformes (F4).

Tableau 9 : Les dix diagnostics les plus souvent posés lors d'hospitalisations en Suisse et durées moyennes de séjour correspondantes (2013)

Nombre de cas	Diagnostic (Source : OFS 2015, présentation OFSP)	Durée de séjour moyenne (en jours)
9872	Syndrome de dépendance (F102)	27,74
6175	Schizophrénie paranoïde (F200)	95,80
5970	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F331)	33,93
5847	Épisode dépressif moyen (F321)	33,96
5183	Trouble de l'adaptation (F432)	19,84
3690	Intoxication aiguë par une substance psycho-active (F100)	5,33
3017	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F332)	42,12
2797	Episode dépressif sévère (F322)	34,49
2300	Trouble de type borderline (F6031)	29,63
1861	Démence, sans précision (F03)	26,26

¹¹⁷ Junghann Ulrich M. Brenner Hans-Dietrich. Haevy user of acute inpatient psychiatric services: the challenge to translate a utilization pattern into service provision. Acta Psychiatric Sand. Supp. 2006, (429), 24-32.

¹¹⁸ Morlino Massimo. Calento Antonio. Schiavone Vittorio et al. Use of inpatients services by heavy users: findings from a national survey in Italy. Eur. Psychotherapy 2011; 26: 252-259.

Aspects organisationnels

En 2008, la CDS a publié le guide « Planification de la psychiatrie »¹¹⁹ afin d'aider les cantons à planifier des structures de soins psychiatriques conformes aux exigences de la LaMal. Ce guide devait en outre les soutenir dans leurs efforts d'intégrer les soins ambulatoires dans la planification hospitalière et les encourager à élaborer des projets pilotes pouvant faire office d'exemples de « bonnes pratiques psychiatriques ».

Ces dix dernières années, les cantons se sont retirés des organes responsables de nombreuses cliniques psychiatriques. Dans la plupart des cas, celles-ci ont soit été converties en établissements de droit privé gérés sous forme de sociétés anonymes, soit intégrées à des groupes hospitaliers. Cette évolution – en particulier du fait des fusions et intégrations dans des groupes hospitaliers – a conduit à une diminution du nombre de cliniques et de lits. A cela s'ajoute le fait que depuis 2010, les hôpitaux multisites sont recensés comme un seul établissement dans la statistique de l'OFS, de sorte que les cliniques psychiatriques qui en font partie n'y apparaissent plus en tant qu'établissement distinct.

Selon la statistique suisse des hôpitaux de l'OFS, le nombre de cliniques psychiatriques est passé de 94 en 2003 à 77 en 2013. Le nombre de lits dans les cliniques spécialisées en psychiatrie a diminué de 19,9 % entre 2003 et 2013, passant de 7881 à 6308 unités. En 2013, la moyenne était donc de 0,8 lit pour 1000 habitants (contre en moyenne 3,1 lits pour 1000 habitants en médecine générale). Si l'on tient compte des unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, la moyenne était, la même année, de 0,9 lit pour 1000 habitants¹²⁰.

Selon l'étude « *Etat des lieux 2012* », un déficit de lits de psychiatrie d'adulte existe ponctuellement, faute d'alternatives à l'hospitalisation telles que celles offertes par des équipes mobiles ou des cliniques de jour elles aussi à même d'offrir des prestations de soins aigus.

Aspects financiers

Depuis le 1^{er} janvier 2012, la rémunération des hôpitaux pour la fourniture de soins somatiques aigus est réglée par des forfaits liés aux prestations (en règle générale des forfaits par cas). SwissDRG élabore actuellement un système tarifaire pour la psychiatrie stationnaire (TARPSY), qui entrera en vigueur probablement en 2018 et sera valable dans toute la Suisse¹²¹. Une combinaison entre forfaits journaliers et forfaits par cas devra permettre de tenir compte de la complexité et des particularités des soins stationnaires dans le domaine de la psychiatrie. Actuellement, ceux-ci sont encore rémunérés par des forfaits journaliers dans la plupart des cantons.

Ressources en personnel

En 2013, la statistique suisse des hôpitaux a recensé 1704 médecins (y c. médecins en cours de formation postgrade) pratiquant dans des cliniques psychiatriques, soit 226 de moins qu'en 2003¹²². Par ailleurs, près de 8000 infirmiers et plus de 2700 spécialistes du domaine médico-thérapeutique (psychothérapie, musicothérapie, art-thérapie, thérapie par le sport, ergothérapie, sociopédagogie) travaillaient dans des établissements de soins psychiatriques stationnaires¹²³. En 2010, environ 22 % du personnel soignant était d'origine étrangère¹²⁴.

¹¹⁹ <<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=615&L=1>>, consulté le 3 juillet 2015.

¹²⁰ Office fédéral de la statistique. Statistique médicale des hôpitaux. 2015.

¹²¹ <http://www.swissdrg.org/fr/08_psychiatrie/psychiatrie.asp?navid=43&fileSsi=/de/08_psychiatrie/psychiatrie.asp>, consulté le 7 août 2015.

¹²² <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>>, consulté le 10 février 2015.

¹²³ Les Hôpitaux de Suisse. Moniteur des hôpitaux et cliniques de H+. Psychiatrie. Berne, 2015.

¹²⁴ Jaccard Ruedin Hélène, Widmer Marcel. Immigration du personnel de santé vers la Suisse. Obsan Bulletin 4, 2010. Neuchâtel.

4.5 Evolution de la répartition des coûts entre les structures de soins

L'analyse de l'évolution des coûts remboursés par l'AOS dans les différentes catégories de structures de soins – ambulatoires, intermédiaires ou stationnaires – permet de déceler d'éventuels transferts entre ces diverses formes d'offres. Le tableau 10 présente l'évolution des coûts sur la base des données enregistrées par le Pool de données SASIS SA : il en ressort que les coûts des prestations de soins psychiatriques financées par l'AOS ont augmenté plus fortement dans les secteurs intermédiaire et ambulatoire que dans le secteur stationnaire.

- Entre 2004 et 2014, le coût des traitements psychiatriques ambulatoires est passé de 476 à 781 millions de francs. Cette augmentation de 67,7 % se répartit à parts égales entre le nombre de consultations (+ 29,3 %) et le coût moyen par consultation (+ 29,7 %, augmentation de 170 à 220 francs).
- Le coût des traitements psychiatriques prodigues dans les centres de soins ambulatoires et les cliniques de jour (ces deux structures étant regroupées dans la catégorie « psychiatrie hospitalière ambulatoire » dans la base de données SASIS SA) a augmenté de 98,0 % entre 2004 et 2014, passant de 175 à 347 millions de francs. Cette augmentation résulte principalement de la très forte croissance du nombre de consultations (+ 70,7 %). Le coût moyen par consultation n'a quant à lui augmenté que de 16 % durant la période considérée, passant de 226 à 262 francs.
- Durant la même période, les coûts ont augmenté de 31,1 % dans le secteur des soins psychiatriques stationnaires, passant de 595 à 780 millions de francs. Le nombre de jours d'hospitalisation a diminué de 12,8 % entre 2004 et 2014 (passant de 3,124 à 2,725 millions de jours), tandis que le coût moyen par jour d'hospitalisation a augmenté de 50,2 %, passant de 190 à 286 francs.
- Globalement, les coûts remboursés par l'AOS dans le domaine des soins psychiatriques ont augmenté de 54,4 % entre 2004 et 2014 (cf. tableau 10)¹²⁵.

Tableau 10 : Coûts des prestations relevant de l'AOS, dans le domaine des soins psychiatriques, en millions de francs

	2004	2009	2014	Accroissement de 2004 à 2014
Total	1236,09	1471,31	1908,07	54,37 %
Secteur psychiatrique hospitalier, stationnaire	595,26	649,57	780,35	31,09 %
Secteur psychiatrique hospitalier, ambulatoire	175,07	245,57	347,63	97,99 %
Cabinets de psychiatrie, ambulatoire	466,75	578,16	781,09	67,60 %

Source : Obsan 2015

A titre de comparaison, notons que les coûts totaux des prestations relevant de l'AOS ont augmenté plus fortement durant la même période.

¹²⁵ Pool de données SASIS AG / Analyse Obsan. Neuchâtel, (non publié) 2015.

Tableau 11 : Coûts totaux des prestations relevant de l'AOS, dans le domaine hospitalier (stationnaire et ambulatoire) et les cabinets (ambulatoire), en millions de francs

	2004	2009	2014	Accroissement de 2004 à 2014
Total	13 058,80	16 337,97	20 399,28	56,22 %
Secteur hospitalier, stationnaire	4699,60	5553,51	6719,80	42,99 %
Secteur hospitalier, ambulatoire	2468,77	3829,54	5191,88	110,30 %
Cabinets, ambulatoire	5889,43	6953,92	8487,60	44,12 %

Source : Obsan 2015

4.6 Plans cantonaux de soins psychiatriques

Il ressort de l'étude « *Etat des lieux 2012* » que la moitié des cantons ont intégré les soins psychiatriques stationnaires dans leur planification hospitalière. Les autres cantons élaborent une planification distincte pour le domaine des soins psychiatriques. Si la plupart des cantons disposent d'une à trois cliniques psychiatriques, quatre n'en ont aucune. La situation varie également d'un canton à l'autre en ce qui concerne les unités de psychiatrie dans les hôpitaux de soins aigus : douze cantons n'en ont pas, huit cantons en ont entre une et quatre, et deux cantons en comptent plus de quatre. La taille des cantons n'explique qu'en partie ces différences dans l'offre de soins stationnaires.

Dans treize cantons, le plan cantonal de soins psychiatriques inclut des principes directeurs, des objectifs de traitement ainsi qu'une offre de soins diversifiée.

Certains documents de la planification traitent également de divers thèmes sous l'aspect général de la santé mentale et favorisent un processus de planification et de mise en œuvre qui s'opère en réseau. L'étude « *Etat des lieux 2012* » fait ressortir que les plans cantonaux sont considérés comme un élément prépondérant pour la couverture des besoins en soins psychiatriques. Les personnes interrogées considèrent en revanche qu'il convient d'améliorer les bases de données disponibles afin que la planification des soins psychiatriques s'appuie sur un fondement statistique plus fiable.

La majorité des cantons qui ont participé à l'étude « *Etat des lieux 2012* » sont d'avis que les offres de soins devraient être développées dans les secteurs ambulatoire et intermédiaire.

Conclusions

Les enseignements suivants sont importants pour le développement futur des structures de soins psychiatriques :

- Les données disponibles concernant les structures de soins ambulatoires, et plus encore les structures intermédiaires, sont incomplètes et fragmentaires.
- Au cours des onze dernières années, le nombre de consultations et de jours de soins, de même que les coûts, ont augmenté dans les trois catégories de structures considérées (stationnaires, ambulatoires et intermédiaires).
- L'analyse des plans cantonaux de soins psychiatriques montre que les structures de soins ambulatoires et intermédiaires sont loin d'être intégrées à la planification de tous les cantons.

Structures de soins ambulatoires

- Les patients souffrant de troubles psychiques sont plus fréquemment traités par des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie que par des médecins de premier recours.

- Les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent et les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'adulte sont en moyenne plus âgés que les médecins de premier recours. En outre, la part des femmes est plus élevée dans ces deux premières catégories de médecins.
- Le nombre de médecins ayant accompli leur formation de base et/ou leur formation postgrade à l'étranger est plus élevé dans le domaine des soins psychiatriques que dans celui de la médecine de premier recours.

Structures de soins intermédiaires

- Malgré les différents modes de financement en vigueur dans les cantons, on peut constater qu'entre 2004 et 2014, le nombre de consultations – et par conséquent les coûts – ont pratiquement doublé dans les structures de soins intermédiaires.
- Des projets pilotes ont permis à des structures intermédiaires nouvelles et novatrices de faire leurs preuves (p.ex., équipes mobiles, services de triage des patients, case management intensif). Ces solutions mettent en œuvre des processus thérapeutiques coordonnés et orientés sur les personnes et sur les besoins.

Structures de soins stationnaires

- En ce qui concerne les structures stationnaires, on constate que le taux d'hospitalisation continue d'augmenter, mais que la durée de séjour diminue. De plus, le nombre de patients de longue durée a fortement diminué ces dernières années.

5 Interfaces entre la psychiatrie et d'autres domaines de la société

5.1 Intégration professionnelle

Le travail est une ressource importante pour le maintien et le rétablissement de la santé psychique. L'intégration sociale et professionnelle de personnes souffrant de troubles psychiques est une tâche transversale qui implique aussi bien les systèmes de santé et de formation que l'action sociale et le monde du travail. Elle comprend des mesures visant au maintien de l'activité professionnelle ou des mesures de réinsertion suite à une période sans emploi.

Actuellement, les trois quarts des personnes atteintes de troubles psychiques travaillent. La Suisse se trouve à cet égard en position de pointe par rapport à d'autres pays de l'OCDE. Il convient toutefois de relever qu'en comparaison internationale, la Suisse connaît un taux d'occupation élevé et un taux de chômage bas¹²⁶. Ces prochaines années, l'insertion professionnelle des personnes atteintes d'une maladie psychique doit encore être améliorée. Comme il ressort du programme de recherche sur l'assurance invalidité de l'OFAS, les enjeux sont les suivants :

- Plus une personne reste longtemps à l'écart du marché du travail, plus les chances de réussite de la réinsertion professionnelle diminuent.
- Le premier contact entre l'office AI et les personnes en incapacité de travail pour raison de santé, ou, d'une manière générale, la détection et le traitement des personnes atteintes d'une maladie psychique interviennent souvent trop tard pour assurer le succès d'une réinsertion professionnelle. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes patients.
- Ces retards sont souvent dus à un problème de coordination des informations et des décisions entre, d'une part, l'assurance-maladie, l'assurance d'indemnités journalières, l'AI, l'assurance chômage, les services sociaux, les médecins traitants, les hôpitaux et les employeurs et, d'autre part, les services d'orientation professionnelle ou les institutions de formation.

Les personnes les mieux à même de détecter des problèmes psychiques et d'intervenir (p. ex., par un avis de mise en danger) sont – outre les professionnels de la santé et des soins – les instituteurs et les employeurs. Beaucoup de grandes entreprises disposent de services internes de gestion de la santé qui offrent des prestations dans les domaines de la détection précoce et de l'intervention individualisée en cas de problème de santé. De plus en plus, ces services tiennent aussi compte d'aspects relevant de la santé psychique (p. ex., cumul de charges). La détection précoce permet de prévenir une aggravation de l'état de santé ou une évolution vers la chronicité. En l'espèce, le facteur déterminant est la qualité de la collaboration entre les professionnels de la santé et l'entourage du patient (p. ex., dans le but de maintenir l'activité salariée ou d'atteindre les objectifs fixés ensemble). La clé du succès réside donc pour beaucoup dans la collaboration entre les acteurs des différentes professions et institutions. Cela demande toutefois de surpasser les divergences de vues quant aux valeurs ou aux objectifs, qui peuvent surgir compte tenu des diverses origines professionnelles.

La figure 2 présente schématiquement les différents acteurs impliqués dans la réinsertion professionnelle.

¹²⁶ OECD. Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris, 2012, p. 40-54. En français : Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi.

Fig. 2 : Acteurs de la réinsertion professionnelle



Souce: OFSP

Coopération intersectorielle et travail en réseau

La gestion de cas (case management) permet d'assurer une bonne concertation entre les médecins et les autres spécialistes, formateurs, employeurs et assureurs dans les processus de traitement et de réinsertion des malades atteints de troubles psychiques¹²⁷. Différents acteurs entrent en ligne de compte pour instaurer une gestion de cas (cliniques psychiatriques, entreprises, assurances-maladie, assurances d'indemnités journalières) et pour la cofinancer (assurance d'indemnités journalières, AI). Les grandes entreprises ont souvent recours à leur propre service de gestion de cas.

Il ressort de l'étude « *Etat des lieux 2012* » que six cantons favorisent explicitement la gestion de cas, en réglant son financement à parts égales entre les assurances sociales et les finances cantonales. La gestion de cas peut aussi avoir pour cadre la collaboration interinstitutionnelle (CII), qui réunit les acteurs des domaines de l'assurance chômage, de l'assurance invalidité, de l'action sociale, de l'orientation professionnelle, de la formation et de l'économie. L'objectif est notamment d'aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale à retrouver le contact avec le monde économique et social en étant intégrées dans le marché du travail primaire. Jusqu'à présent, les professionnels de la santé étaient peu présents dans cette forme de collaboration¹²⁸.

Le développement futur de l'AI portera sur les aspects suivants :

- Une plus grande attention sera portée aux jeunes patients, car les maladies psychiques apparaissent souvent à des âges précoces, qui sont également déterminants pour la formation et l'avenir professionnel. L'accent sera mis sur la détection précoce, la sensibilisation des enseignants ainsi que sur le soutien et le suivi offert aux jeunes pour les aider à atteindre leurs objectifs en matière de formation et d'activité professionnelle.
- D'une manière générale, il convient d'améliorer la possibilité pour tous les assurés de bénéficier d'un suivi individuel. Il s'agit d'aborder aussi rapidement que possible les problèmes de santé qui peuvent avoir des conséquences sur le travail, afin de permettre une réinsertion réussie et durable. Il est prévu qu'à l'avenir l'AI offre aux personnes assurées et à leurs employeurs un conseil et un suivi déjà avant le début du processus de prise en charge ainsi qu'à son terme. Cela devra en particulier être proposé aux personnes atteintes dans leur santé psychique.

¹²⁷ Weber-Halter Edith. Praxishandbuch Case Management. Professionelles Fallmanagement ohne Triage. Huber. Bern. 2011. p. 34–37.

¹²⁸ <<http://www.iiz.ch/fr-ch/dynasite.cfm?dsmid=103248>>, consulté le 20 juillet 2015.

- Le médecin traitant doit lui aussi être intégré de manière constructive, afin d'assurer l'harmonisation optimale entre la thérapie et la réinsertion. Le développement futur de l'AI prendra par conséquent en compte les recommandations formulées dans le rapport de l'OCDE « Santé mentale et travail : Suisse » ainsi que dans l'étude sur la collaboration entre offices AI et médecins traitants réalisée dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité (étude intitulée « Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten », résumé en français). Il s'agit notamment d'améliorer l'échange d'informations entre les offices AI et les médecins, ainsi que de promouvoir les évaluations orientées sur les ressources et le partage des connaissances.

5.2 Protection de l'enfant et de l'adulte

La médecine psychiatrique a pour tâche non seulement de diagnostiquer les maladies psychiques et de les traiter, mais également de prévenir les risques de mise en danger de soi-même et de mise en danger d'autrui (art. 426 du code civil suisse [CC]). Cela signifie concrètement qu'une personne souffrant d'une maladie psychique peut se voir imposer un traitement. Aussi, compte tenu des intérêts croisés de l'individu et de l'État, l'OMS considère-t-elle que les personnes atteintes dans leur santé mentale constituent un groupe de citoyens particulièrement vulnérables, car ils risquent de voir leurs droits restreints durant les phases de capacité de discernement réduite qu'ils traversent¹²⁹.

Le droit de protection de l'enfant et de l'adulte entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013 a apporté dans différents domaines des progrès en matière de protection des droits des malades psychiques.

Directives anticipées

Les directives anticipées permettent à une personne capable de discernement d'indiquer quels soins médicaux elle veut ou ne veut pas recevoir dans le cas où elle serait incapable d'exprimer sa volonté. Elle peut aussi, par ce moyen, désigner une personne qui pourrait décider en son nom. La capacité d'agir n'est pas une condition pour établir des directives anticipées valables. Cela signifie qu'une personne qui fait l'objet d'une mesure de protection de l'adulte peut en principe rédiger valablement des directives anticipées, pour autant qu'elle soit capable de discernement. Elle doit également être en mesure de comprendre la portée de ses directives et d'en évaluer les conséquences à un certain stade de maladie¹³⁰. Lorsqu'il traite un patient incapable de discernement, le médecin a l'obligation de respecter ses directives anticipées, sauf si elles violent des dispositions légales ou si des doutes sérieux laissent supposer qu'elles ne sont pas l'expression de sa libre volonté ou qu'elles ne correspondent pas à sa volonté présumée dans la situation actuelle (art. 372, al. 2, CC).

Alors que les directives anticipées sont contraignantes dans le cadre de la médecine somatique (art. 370 à 373, CC), l'obligation de les respecter est relativisée lors du traitement de troubles psychiques dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance, puisque dans ce cas le médecin doit « seulement » les prendre en considération dans l'élaboration du plan de traitement (art. 433, al. 3, CC). Le non-respect de la volonté du patient ne se justifie toutefois que si l'objectif du placement ne pouvait sans cela pas être atteint ou ne pourrait être atteint qu'avec des moyens disproportionnés.

Mesures (thérapeutiques) ordonnées par l'autorité

Le nouveau droit de protection de l'adulte institue en outre le principe de proportionnalité selon lequel, en lieu et place de mesures standardisées, l'autorité n'ordonne que les mesures réellement

¹²⁹ WHO. Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. Genève, 2010.

¹³⁰ Cf. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), Directives anticipées. Directives et recommandations médico-éthiques. 6.

nécessaires (art. 389 CC). Ces mesures doivent autant que possible préserver le droit à l'autodétermination ainsi que l'autonomie des personnes. En outre, depuis l'entrée en vigueur du nouveau droit, elles ne sont plus publiées dans les feuilles d'avis officielles, ce qui contribue à éviter la stigmatisation des personnes concernées.

L'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) est compétente pour prononcer les mesures. Celles-ci sont levées d'office, à la requête de la personne concernée ou de l'un de ses proches, ou si elles ne sont plus justifiées (art. 399 CC).

Placement à des fins d'assistance

Le placement dans une institution à des fins d'assistance est parmi toutes les mesures prévues dans le droit de protection de l'adulte celle qui représente la plus grande restriction de la liberté individuelle. Elle est néanmoins indiquée dans certains cas, pour permettre de dispenser le traitement médical nécessaire au malade et organiser une assistance en prévision de la levée ultérieure de la mesure. Tout placement à des fins d'assistance doit toutefois, dans toute la mesure du possible, avoir aussi pour objectif de rendre rapidement au patient son autonomie et sa responsabilité individuelle. Le placement à des fins d'assistance peut être ordonné lorsque «l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent (...) être fournis d'une autre manière» (art. 426 CC). Les mesures moins restrictives, telles que les traitements ambulatoires ou en cliniques de jour, doivent être envisagées en priorité, avant une hospitalisation forcée. Cependant, étant donné que les cantons n'ont pas d'obligation légale en matière de fourniture minimale de soins psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires, l'offre en la matière est encore insuffisante. L'extension de l'offre de structures intermédiaires, disposant également d'équipes mobiles pour les interventions de crise, constituerait une solution particulièrement appropriée pour réduire le nombre de placements à des fins d'assistance.

Normalement, le placement à des fins d'assistance est ordonné par l'autorité de protection de l'adulte (art. 428 CC). Les cantons peuvent désigner des médecins habilités à ordonner des placements pour une durée fixée par le droit cantonal (6 semaines au maximum) (art. 429 CC). Dans tous les cas, un placement ne peut être ordonné que si, au moment de l'admission en institution, il apparaît que les objectifs de traitement ne peuvent vraisemblablement pas être atteints d'une autre manière.

Le nouveau droit de protection de l'adulte donne aux cantons la possibilité d'ordonner des traitements ambulatoires contre la volonté de la personne concernée (art. 437 CC). Il peut s'agir notamment de l'obligation de consulter régulièrement un spécialiste, de suivre le traitement ordonné par le médecin ou de prendre les médicaments prescrits. L'autorité de protection de l'adulte est compétente pour ordonner les mesures et édicter les instructions.

Le droit de protection de l'adulte prévoit en outre un entretien de sortie. En cas de risque de récidive, le médecin traitant essaie de prévoir avec la personne concernée, avant sa sortie de l'institution, quelle sera la prise en charge thérapeutique en cas de nouveau placement (art. 436, al. 1, CC). L'entretien de sortie est consigné par écrit (art. 436, al. 2, CC). Il revêt une grande importance en vue d'éviter de futures mesures de contrainte : en convenant de principes pour une prise en charge thérapeutique future, on établit en effet une convention qui règle les rapports entre le patient et la clinique avec la même force obligatoire que celle des directives anticipées. Il est judicieux qu'une telle convention soit préparée aussi tôt que possible, durant le traitement ; par la suite, il convient de la revoir et de l'actualiser régulièrement.

Parmi toutes les mesures de contrainte pratiquées dans le domaine médical – parmi lesquelles on compte notamment la médication forcée, les mesures limitant la liberté de mouvement telles que l'isolation ou la fixation ainsi que les mesures de sécurité sur chaise et au lit (barrières de lit, p. ex.) – seul le placement à des fins d'assistance fait l'objet de relevés statistiques. Les deux premiers rapports comparatifs relatifs à la psychiatrie stationnaire pour adultes publiés par l'ANQ révèlent qu'en 2012, 17,0 % des admissions en clinique psychiatrique étaient fondées sur les dispositions qui

régissaient alors les placements à des fins d'assistance. En 2013, 15,7 % des admissions en clinique étaient fondées sur les nouvelles dispositions relatives au placement à des fins d'assistance, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2013¹³¹. Les analyses effectuées avant et après l'entrée en vigueur du nouveau droit de protection de l'enfant et de l'adulte montrent que la proportion des hospitalisations forcées en psychiatrie varie d'un canton à l'autre¹³². Les différences s'expliquent, d'une part, par la notion d'admission forcée qui diffère d'un canton à l'autre et, d'autre part, par la structure de l'offre de soins disponible : plus un canton dispose d'offres de prises en charge diversifiées, moins il pratique les admissions forcées.

En 2015, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a publié une version actualisée de ses directives intitulées «Mesures aux mesures de contrainte en médecine»¹³³.

Protection juridique

La révision du droit de protection de l'adulte visait également à améliorer la protection juridique des personnes placées à des fins d'assistance. La compétence des médecins d'ordonner un placement a ainsi été restreinte (voir plus haut) et des prescriptions relatives aux procédures ont été ancrées dans la loi. Désormais, les patients capables de discernement ont un droit d'autodétermination en ce qui concerne leur traitement lors d'un placement à des fins d'assistance. Le traitement est défini dans un plan de traitement qui doit être soumis au consentement de la personne concernée (art. 433 CC).

Les conditions qui régissent l'administration forcée de traitements (art. 434 CC) et les mesures qui limitent la liberté de mouvement (art. 438 CC) sont désormais elles aussi réglées de manière uniforme pour toute la Suisse. Les dispositions en la matière ont été formulées de manière à préserver autant que possible le droit à l'autodétermination de la personne concernée. La loi prévoit par ailleurs que toute personne placée a le droit de faire appel à une personne de confiance de son choix et que l'autorité a l'obligation de réexaminer périodiquement le bien-fondé de la mesure de placement (art. 432 et art. 431 CC).

5.3 Exécution des peines et des mesures

Traitements des maladies psychiques dans les prisons et les centres de détention

De nombreuses études révèlent que les personnes détenues dans des établissements d'exécution des peines et des mesures sont en moins bonne santé psychique et physique que les personnes en liberté¹³⁴. Les raisons en sont multiples: premièrement, les prisons regroupent en proportion élevée des personnes ayant vécu des situations particulières et dont le mode de vie est souvent synonyme de risques pour la santé. Deuxièmement, la consommation de substances psychoactives en quantités dangereuses pour la santé conduit très souvent à des activités illégales, menant à des mesures de privation de liberté. Troisièmement, l'incarcération elle-même provoque du stress qui, en particulier chez les personnes de santé précaire, peut déclencher une maladie psychique ou bien aggraver une maladie déjà présente¹³⁵.

Différentes études menées sur la santé des détenus en Suisse indiquent des besoins d'action à plusieurs niveaux¹³⁶. Une des mesures découlant de ce constat est la création du centre de compétence « Santé Prison Suisse » (SPS), placé sous la faîtière de la Conférence des directrices et

¹³¹ <<http://www.anq.ch/index.php?id=289&L=1>>, consulté le 17 mars 2015.

¹³² Gassmann J. Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Zürich, 2011.

¹³³ <<http://www.samw.ch/fr/Actualites/News.html>>, consulté le 4 janvier 2015.

¹³⁴ <<http://sante.prison.ch/de/fakten/uebersicht.html>>, consulté le 19 juillet 2015.

¹³⁵ Office fédéral de la santé publique. Maladies transmissibles et addictions en prison. Berne, 2012.

¹³⁶ Office fédéral de la santé publique. La santé en milieu carcéral. Newsletter spectra. Mars 2012.

directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) et de la CDS¹³⁷. SPS vise à une fourniture de soins uniforme dans le milieu carcéral suisse et entend favoriser le dialogue entre les acteurs des milieux de la santé et de l'exécution des peines. Ses activités intégreront également les besoins en matière de santé psychique. Le vade-mecum « Maladies transmissibles et addictions en prison », publié en 2012, souligne à plusieurs reprises l'importance de la santé mentale et en particulier le lien entre les maladies somatiques et les troubles psychiques¹³⁸.

Psychiatrie forensique

Le traitement des détenus souffrant de troubles psychiques sévères est placé sous un signe particulier. En effet, il doit, d'une part, empêcher les récidives et, d'autre part, soigner la maladie en tant que telle (p. ex., en travaillant sur les ressources et compétences de la personne, en préparant sa réinsertion sociale et professionnelle).

Les conditions pour ordonner des mesures thérapeutiques destinées à un détenu atteint de troubles psychiques sévères sont réglées à l'art. 59 du Code pénal suisse (CP ; RS 311.0). Le traitement s'effectue soit dans un établissement psychiatrique approprié (p. ex., la clinique psychiatrique de Königsfelden, en Argovie) ou dans un établissement d'exécution des mesures spécialisé (p. ex., les Etablissements de St-Jean, dans le canton de Berne). Les unités forensiques de cliniques psychiatriques (p. ex., l'unité Etoine des Services psychiatriques universitaires de Berne) traitent principalement les personnes qui relèvent de l'art. 59 du CP. Selon les relevés statistiques de l'OFS, les condamnations en vertu de l'art. 59 du CP ont plus que doublé ces dix dernières années (50 personnes en 2003, 120 personnes en 2013)¹³⁹. Pour diverses raisons (p. ex., pénurie de personnel spécialisé dans les soins forensiques, exigences en matière de sécurité, orientation vers une psychiatrie « portes ouvertes »), les cliniques psychiatriques sont de moins en moins en mesure de prendre en charge des détenus gravement malades.

«...dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié» (art. 59, al. 3, CP), la mesure thérapeutique peut aussi être effectuée dans un établissement pénitentiaire fermé. Ces institutions exécutent toutes les sortes de peines privatives de liberté. Le juge peut ordonner un traitement institutionnel lorsque le délinquant souffre d'une addiction (art. 60 CP). Ce traitement s'effectue dans tous les cas dans un établissement spécialisé, tel qu'une clinique psychiatrique ou un établissement d'exécution des mesures spécialisé. Le juge peut également ordonner des traitements ambulatoires, à certaines conditions, pour les personnes souffrant d'addiction (art. 63 CP).

Les cantons sont compétents pour l'exécution de toutes les mesures thérapeutiques. En vertu de la loi fédérale sur les prestations de la Confédération dans le domaine de l'exécution des peines et des mesures (RS 341), la Confédération subventionne la construction, l'agrandissement et la transformation des établissements affectés à l'exécution des peines et des mesures concernant les adultes ainsi que des institutions d'éducation pour les mineurs. La Confédération participe également aux frais d'exploitation de ces dernières, pour autant qu'elles soient reconnues au plan fédéral, par le biais de subventions aux frais afférents au personnel éducatif.

Le Comité pour la prévention de la torture institué par la « Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants »¹⁴⁰ effectue régulièrement des visites auprès des Etats membres. Les rapports y relatifs consignent notamment la qualité des traitements et de l'assistance offerts aux détenus souffrant de maladies psychiques. Ce comité a visité la Suisse pour la sixième et la septième fois en 2011 et 2015¹⁴¹. Suite à une recommandation formulée en 2011 concernant le traitement et l'assistance destinés aux détenus souffrant d'une

¹³⁷ <<http://sante.prison.ch/fr>>, consulté le 16 février 2015.

¹³⁸ Office fédéral de la santé publique. Maladies transmissibles et addictions en prison. Berne, 2012.

¹³⁹ <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/03/02/key/01.html>>, consulté le 19 juillet 2015.

¹⁴⁰ Convention européenne contre la torture (RS 0.106), entrée en vigueur : 1^{er} février 1989.

¹⁴¹ <http://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/aktuell/news/2011/ref_2011-10-20.html>, consulté le 9 juin 2012.

maladie psychique, la commission de la CCDJP compétente en la matière a créé un groupe de travail réunissant des représentants de la CDS, de la CCDJP et de l'OFJ. Le groupe de travail rendra au printemps 2016 son rapport avec les recommandations afférentes. Aujourd'hui déjà, la psychiatrie forensique présente un besoin de lits supplémentaires pour réaliser des mesures thérapeutiques institutionnelles au sens de l'art. 59 CP et pour traiter les détenus atteints de maladies psychiques soumis à d'autres régimes de détention.

Conclusions

- Le travail constitue un facteur de santé important pour les personnes adultes atteintes de troubles psychiques ; l'intégration professionnelle devrait par conséquent faire très tôt partie du processus thérapeutique.
- Avant de développer davantage la gestion de cas (case management), il convient de préciser les indications, les compétences ainsi que le mode de rémunération pour ce type de prestations.
- Le nouveau droit de protection de l'enfant et de l'adulte améliore la protection juridique des personnes atteintes de troubles psychiques.
- Au printemps 2016, la CCDJP publiera un rapport comportant des recommandations sur l'exécution des peines et des mesures de personnes atteintes de maladie psychiques.

6 Conclusions et recommandations

6.1 Synthèse des résultats

La fourniture de soins psychiatriques en Suisse peut être qualifiée de satisfaisante et de qualité élevée. L'offre actuelle garantit un traitement adéquat à un grand nombre de patients souffrant d'une maladie psychique. La synthèse des constats et des résultats issus de ce qui précède fait apparaître les domaines dans lesquels des progrès restent à faire.

Chapitre 2 : Maladies psychiques et possibilités de traitement

- Les maladies psychiques sont fréquentes. Certaines pathologies sévères peuvent survenir chez les jeunes ; la fréquence globale des maladies psychiques augmente avec l'âge. Jusqu'à un tiers de la population suisse est touchée par une maladie psychique (observation sur douze mois), sachant que la plupart des cas appellent un traitement.
- Le diagnostic d'une maladie psychique est complexe et exigeant.
- La gravité des maladies psychiques est variable ; elles sont souvent concomitantes à d'autres maladies psychiques ou à des maladies somatiques.
- En Suisse, environ un tiers, voire la moitié des personnes concernées ont recours à un traitement professionnel.
- Bien que les maladies psychiques puissent généralement être traitées, leurs symptômes, leur évolution et les traitements à disposition sont peu connus du grand public.
- Un traitement insuffisant ou tardif peut avoir des conséquences majeures. En effet, la probabilité que la maladie devienne grave ou chronique augmente, tout comme le risque d'un isolement social et professionnel. Pauvreté et suicide sont d'autres conséquences potentielles.

Chapitre 3 : Conditions-cadres de la fourniture de soins psychiatriques en Suisse

- L'offre de soins psychiatriques a évolué au fil du temps.
- Les mêmes bases légales s'appliquent au financement du traitement des maladies psychiques et au traitement des maladies somatiques.
- La psychiatrie compte plusieurs groupes professionnels. Pour les médecins et les psychologues il existe des spécialisations clairement réglementées. S'agissant du personnel soignant, une spécialisation en psychiatrie est en cours de planification.

Chapitre 4 : Evolution des structures de soins

- Les données disponibles concernant les structures de soins ambulatoires, et plus encore les structures intermédiaires, sont incomplètes et fragmentaires.
- Au cours des onze dernières années, le nombre de consultations et de jours de soins, de même que les coûts, ont augmenté dans les trois formes de structures considérées (stationnaires, ambulatoires et intermédiaires).
- L'analyse des plans cantonaux de soins psychiatriques montre que les structures de soins ambulatoires et intermédiaires sont loin d'être intégrées à la planification de tous les cantons.

Structures de soins ambulatoires

- Les patients souffrant de troubles psychiques sont plus fréquemment traités par des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie que par des médecins de premier recours.
- Les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent et les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'adulte sont en moyenne plus âgés que les médecins de premier recours. En outre, la part des femmes est plus élevée dans ces deux premières catégories de médecins.
- Le nombre de médecins ayant accompli leur formation de base et/ou leur formation postgrade à l'étranger est plus élevé dans le domaine des soins psychiatriques que dans celui de la médecine de premier recours.

Structures de soins intermédiaires

- Malgré les différents modes de financement en vigueur dans les cantons, on peut constater qu'entre 2004 et 2014, le nombre de consultations – et par conséquent les coûts – ont pratiquement doublé dans les structures de soins intermédiaires.
- Des projets pilotes ont permis à des structures intermédiaires nouvelles et novatrices de faire leurs preuves (p.ex., équipes mobiles, services de triage des patients, case management intensif). Ces solutions mettent en œuvre des processus thérapeutiques coordonnés et orientés sur les personnes et sur les besoins.

Structures de soins stationnaires

- En ce qui concerne les structures stationnaires, on constate que le taux d'hospitalisation continue d'augmenter, mais que la durée de séjour diminue. De plus, le nombre de patients de longue durée a fortement diminué ces dernières années.

Chapitre 5 : Interface entre la psychiatrie et d'autres domaines de la société

- Le travail constitue un facteur de santé important pour les personnes adultes atteintes de troubles psychiques ; l'intégration professionnelle devrait par conséquent faire très tôt partie du processus thérapeutique.
- Avant de développer davantage la gestion de cas (case management), il convient de préciser les indications, les compétences ainsi que le mode de rémunération pour ce type de prestations.
- Le nouveau droit de protection de l'enfant et de l'adulte améliore la protection juridique des personnes atteintes de troubles psychiques.
- Au printemps 2016, la CCDJP publiera un rapport avec des recommandations sur l'exécution des peines et des mesures de personnes atteintes de maladie psychiques.

6.2 Principaux problèmes d'importance nationale

Données de base pour la planification

Dans le domaine des soins et de l'assistance aux patients atteints de troubles psychiques, les seules données détaillées sur l'offre et le recours aux soins dont on dispose actuellement concernent les structures stationnaires. En ce qui concerne les structures de soins ambulatoires et intermédiaires, on manque d'informations essentielles, nécessaires pour suivre de manière fiable leur évolution. A cela s'ajoute le fait que les concepts ne sont pas utilisés de manière uniforme en psychiatrie, de sorte qu'il est très difficile d'établir des comparaisons internationales ou intercantonales valables.

Développement futur des structures de soins

Les structures de soins destinées aux malades psychiques restent très fortement cantonnées dans les

deux modèles classiques de soins, à savoir les soins ambulatoires (consultations) et les soins stationnaires. Toutefois, comme le montre le présent rapport, les structures intermédiaires ont doublé en dix ans et des approches nouvelles mises en œuvre dans des projets pilotes locaux ouvrent la voie à des formes de traitement et d'assistance orientées sur les besoins. Ces projets pilotes locaux n'ont cependant que rarement évolué vers des structures de soins durables et n'ont pas non plus trouvé d'écho dans d'autres cantons.

Financement des structures intermédiaires

Les structures intermédiaires revêtent une très grande importance pour le traitement et l'assistance prodigués aux personnes atteintes de troubles psychiques, de même que pour leur intégration dans la vie sociale et professionnelle. Les frais de gestion et d'organisation sont plus élevés dans les structures intermédiaires que dans les structures de soins ambulatoires classiques. Actuellement, il n'est pas suffisamment tenu compte de cette réalité dans les systèmes de rémunération.

Spécialistes qualifiés dans le domaine de la psychiatrie

En comparaison internationale, la Suisse dispose de suffisamment de médecins de premiers recours, de psychiatres et de psychologues psychothérapeutes formés. Dans les cinq à dix prochaines années, on s'attend toutefois à une pénurie de médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'adulte ainsi que de médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent issus du même contexte socioculturel que leurs patients. Dans le domaine des soins, on fait face aujourd'hui déjà à une pénurie de personnel spécialisé en psychiatrie. Ces personnes assument pourtant des tâches d'importance majeure notamment dans les structures intermédiaires.

Information correcte sur les maladies psychiques

La stigmatisation des maladies psychiques par la société peut retenir les personnes concernées d'avoir recours à un traitement et une assistance professionnels. Les cas de maladie décelés tardivement risquent d'évoluer défavorablement et d'avoir les conséquences sociales et financières exposées précédemment.

6.3 Mesures

Les mesures décrites ci-après ont pour but de contribuer à l'élimination des problèmes mentionnés au ch. 6.2. Elles visent également à soutenir le développement de structures durables pour la fourniture de soins psychiatriques en Suisse. La Confédération (DFI/OFSP) assume uniquement des tâches de coordination, avec les ressources existantes, dans les domaines où l'exécution ne relève pas de sa compétence.

- 1. Amélioration des données de base nécessaires à la planification du développement dans toutes les catégories de structures de soins**

Les mesures suivantes sont mises en œuvre :

- Les concepts utilisés en psychiatrie sont harmonisés afin de disposer de sources de données statistiques uniformisées, ce qui facilitera les comparaisons intercantoniales et internationales.
- La mission de l'Obsan dans le cadre du centre de compétence « Santé psychique » est reconduite pour la période 2016-2020 ; l'Obsan met les informations pertinentes à la disposition des instances chargées du développement des structures de soins (p. ex., publication périodique des indicateurs-clés relatifs aux structures de soins, évolution des admissions forcées en établissements psychiatriques).
- En plus de l'étude détaillée qui sera réalisée en 2016 sur les lacunes en matière de fourniture de soins à des groupes de patients spécifiques (p. ex., les enfants et les jeunes gens), des solutions à

moyen et à long terme sont élaborées dans le but d'obtenir de meilleures bases de données épidémiologiques.

- Un rapport de synthèse est publié à intervalles réguliers sur les activités déployées dans les différents domaines concernés par l'amélioration, le rétablissement et la préservation de la santé psychique (*policy brief*).

Instances responsables OFS, Obsan, OFSP

- | | |
|------------------------|--|
| <i>Effets attendus</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meilleures données de base pour une planification de l'offre conforme aux besoins. ▪ Constitution d'une base permettant des comparaisons intercantionales et internationales sur l'offre existante et l'accès aux soins, sur les ressources en personnel et en moyens financiers, ainsi que sur les admissions forcées en établissements psychiatriques. ▪ Etats des lieux régulièrement actualisés, relatifs au développement de l'offre de soins psychiatriques et des mesures visant à promouvoir la santé psychique en Suisse. |
|------------------------|--|

2. Développement de la qualité et meilleure coordination de l'offre

Les mesures suivantes sont mises en œuvre :

- Le projet « Promotion des soins coordonnés » vise notamment à examiner comment les approches thérapeutiques peuvent être améliorées pour les patients qui souffrent à la fois de troubles psychiques et d'une maladie somatique.
- Dans le but de promouvoir les structures de soins intermédiaires, les expériences acquises dans les projets pilotes sont traitées de manière à les rendre accessibles à la pratique. En outre, la recherche scientifique dans le domaine de la fourniture de soins est encouragée par le moyen des instruments fédéraux de soutien à la recherche (p. ex., les chercheurs ont la possibilité, jusqu'au début 2016, de soumettre des projets, dans le cadre du Programme national de recherche « Un système de santé mieux adapté aux défis à venir »).
- Pour améliorer la gestion de cas à l'interface de la thérapie et de l'intégration professionnelle, le secteur de la santé publique (au plan fédéral et cantonal) participe plus étroitement à la collaboration interinstitutionnelle entre le monde du travail, les offices AI et l'assurance-chômage.
- Les possibilités d'instituer une meilleure collaboration entre le corps médical et les offices AI en vue de la réinsertion professionnelle des patients sont examinées.

Instances responsables Confédération (OFSP, OFAS, Seco), Dialogue de la politique nationale de la santé, cantons

- | | |
|------------------------|--|
| <i>Effets attendus</i> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la qualité du traitement des patients atteints dans leur santé psychique et physique. ▪ Incitations pour le transfert des connaissances dans les projets pilotes et la recherche scientifique. ▪ Promotion de l'intégration sociale et professionnelle en conformité avec les besoins. |
|------------------------|--|

3. Financement à long terme des structures de soins intermédiaires

La Confédération reconnaît que le système de rémunération actuel des structures de soins qui s'adressent aux personnes atteintes de troubles psychiques représente des défis en matière de financement. Les partenaires tarifaires doivent donc examiner, en collaboration avec la CDS, la

manière d'assurer un financement durable des offres de traitement et de soutien interprofessionnels et diversifiés des structures intermédiaires. Il s'agira aussi d'examiner les répercussions sur l'AOS et les cantons.

Instances compétentes CDS, partenaires tarifaires

Effets attendus ▪ Développement des structures intermédiaires et réduction des hospitalisations.

4. *Soutien pour la formation qualifiante de spécialistes dans le domaine de la psychiatrie*

Les mesures suivantes sont mises en œuvre :

- L'instauration d'une formation spécialisée en soins psychiatriques est en cours (*certaines travaux sont même achevés*).
- Suite à l'étude visant à comparer les tâches et les activités des psychiatres dans différents pays, des mesures d'incitation pour la formation postgrade en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent seront, si nécessaire, élaborées dans le cadre des travaux de la plate-forme « Avenir de la formation médicale ».
- L'opportunité d'inclure le diagnostic et le traitement des patients psychiques dans le programme de formation postgrade des médecins généralistes est à l'étude.
- Le programme de promotion concernant l'interprofessionalité dans le domaine de la santé pour la phase 2017-2020, lancé dans le cadre de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié, doit également être ciblé sur les groupes professionnels actifs dans le domaine de la psychiatrie.

Instances responsables Confédération, CDS, cantons, Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdA Santé), associations et organisations professionnelles

Effets souhaités ▪ Effectif de personnel soignant spécialisé en psychiatrie conforme aux besoins
▪ Augmentation de la proportion de diplômes postgrades suisses dans la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie

En outre, des campagnes d'information, de sensibilisation et de déstigmatisation doivent être réalisées afin d'améliorer dans le grand public, mais aussi parmi les personnes concernées et leurs proches, le niveau de connaissances sur les maladies psychiques et leur traitement. Fondée sur le rapport « Santé psychique en Suisse », cette mesure s'inscrit dans le cadre de la stratégie fédérale « Addictions » et de la « Stratégie fédérale en matière de démence 2014-2017 ». Il s'agit de promouvoir, outre le développement de l'offre de soins psychiatriques, la prévention des maladies psychiques. Le Conseil fédéral approuvera des mesures supplémentaires dans ce but à l'automne 2016.

7 Annexe

Projets pilotes pour le développement des structures de soins ambulatoires : exemples de « bonnes pratiques » ayant fait l'objet d'une publication

1. *Canton des Grisons* : la mise sur pied d'une organisation institutionnelle de transfert de connaissances a permis d'instituer un échange direct entre les médecins de famille et les psychiatres pratiquant en cabinet. Tirant parti de l'énorme accroissement des moyens thérapeutiques à disposition des médecins généralistes et des psychiatres, cette démarche a permis d'obtenir de meilleurs résultats dans le traitement ambulatoire des patients.¹⁴² Cette forme de consultation-liaison est particulièrement adaptée aux régions rurales.
2. Une des clés pour la psychiatrie réside dans la généralisation des équipes mobiles intervenant sur place. Des études réalisées dans le *canton de Vaud* montrent que les équipes mobiles ont permis d'améliorer de manière avérée l'accès à des soins appropriés et de qualité, et ont facilité cet accès pour différents groupes cibles jusque-là restés à l'écart. Ce mode de traitement a aussi amélioré la satisfaction des patients et diminué les conflits entre le malade et ses proches.¹⁴³ Des équipes mobiles présentes dans le canton interviennent également auprès de personnes qui se trouvent dans des conditions de vie critiques, par exemple après un séjour à l'hôpital ou à la sortie de prison. Les difficultés d'adaptation à la vie autonome augmentent le risque de suicide.¹⁴⁴ Les équipes pluridisciplinaires se composent de spécialistes de la psychiatrie et de travailleurs sociaux ; ils travaillent en étroite collaboration avec les médecins traitants, les employeurs et les proches. Le succès de ce modèle dans le canton de Vaud tient en partie au fait que son développement était un objectif explicite du Plan d'actions Santé mentale 2007-2012 du canton et que son financement était réglementé.
3. En 2010, le *canton d'Argovie* a institué une « équipe de triage » ou service d'évaluation. Le rôle de ce service est d'examiner les patients avant leur hospitalisation et de définir un traitement approprié. Le processus commence par un diagnostic détaillé, puis le patient est adressé à la structure de soins la mieux adaptée à ses besoins, compte tenu également de sa situation personnelle et familiale. Le recours à ce service d'évaluation et ses effets sur les hospitalisations ont été analysés sur une année. Dès la première année, 17 % des hospitalisations prévues ont pu être remplacées par des traitements ambulatoires ou en clinique de jour. On peut en conclure qu'un service d'évaluation centralisé permet d'améliorer la qualité des soins orientés sur la personne et de décharger les établissements de psychiatrie stationnaire. L'économie de coûts se monte à 4 millions de francs. Entre-temps, le service fonctionne sept jours sur sept, 24h sur 24 et les membres de l'équipe ont également la possibilité d'intervenir de manière ambulatoire dans les situations de crise.¹⁴⁵
4. Le *canton de Thurgovie* a développé simultanément plusieurs projets pilotes au point de jonction entre la psychiatrie ambulatoire et la psychiatrie stationnaire de l'adulte. D'une part, le canton a créé un centre d'examen et d'admission analogue au service d'évaluation du canton d'Argovie. La tâche de ce service de triage à bas seuil est de proposer les traitements ambulatoires ou stationnaires adaptés aux besoins du patient et d'éviter autant que possible les affectations erronées. D'autre part, le case management intensif et les « traitements transitoires post-stationnaires » permettent d'optimiser le suivi après une hospitalisation. Selon l'indication

¹⁴² Leupold Joachim. Vernetzte Kompetenz: psychiatrisch-psychotherapeutische Integration in einem MC-Netzwerk. Care Management. Die Schweizer Zeitschrift für Managed Care. 2011. 4(5): 17–18.

¹⁴³ Bonsack Charles, Laurence Adam, Haefliger Thomas, Besson Jacques. Difficult-to-engage patients: A specific target for limited assertive outreach in Swiss Setting. Can J Psychiatry. 2008. 50(13): 41–48.

¹⁴⁴ Bonsack C, Holzer L, Stancu I, Baier V. Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise. Revue médicale Suisse, 2008. 4(171):1960–1962, 1964–1966, 1968–1969.

¹⁴⁵ Stulz N, Nevely A, Hilpert M, Bielinski D, Spisla C, Maeck L, Hepp U. Referral to Inpatient Treatment Does not Necessarily Imply a Need for Inpatient Treatment. Adm Policy Ment Health. 2014.

médicale et les besoins des patients, ceux-ci sont stabilisés par le moyen d'une thérapie ambulatoire à domicile. Au terme d'une année d'exploitation, il s'avère que grâce à son accessibilité à bas seuil, le centre d'examen et d'admission (y c. la ligne téléphonique d'urgence et le conseil gratuit pour les proches) a permis d'atteindre 15 % de patients supplémentaires vivant dans le canton de Thurgovie. A leur sortie de la clinique psychiatrique de Münsterlingen, 10 % des patients ont bénéficié soit d'une case management intensif, soit de traitements transitoires post-stationnaires. Ils ont ainsi pu quitter l'hôpital plus rapidement et la durée de séjour a diminué. La clinique a réduit le nombre de lits déjà un an après le lancement du projet pilote.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Gebhardt Ralf P, Lüthi Regula, Hurst Marco, et al. Evaluation des ersten Jahres der Modellprojekte AAZ, ICM und PSÜB. Münsterlingen. 2012.