



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Guide

„Planification de la psychiatrie“

Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière"

Berne, juillet 2008

Citations et sources:

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2008), guide "Planification de la psychiatrie", rapport du groupe de travail "Planification hospitalière", Berne: CDS.

Ce guide peut être obtenu auprès de: office@gdk-cds.ch

Ont participé aux travaux:

- Franz Wyss*, CDS (direction)
- Daniela Schibli, CDS (secrétariat)
- Dr. Alfred Gebert, BRAINS (expert mandaté)
- Dr. Kai von Massenbach, Gesundheitsdirektion ZH (représentant S. Schuster *)
- Dr Michel Montavon*, Service de la santé publique du canton VD
- Max Neuhaus*, Département Gesundheit und Soziales AG
- Dr. Regula Rička, BAG, Sektion Strategie und Gesundheitspolitik (hôte)
- Dr. Thomas Spuhler*, Gesundheits- und Fürsorgedirektion BE
- Hanspeter Vogler*, Gesundheits- und Sozialdepartement LU
- Dr. Rolf Weiss*, Gesundheitsdepartement SG

* membres du groupe de travail "Planification hospitalière"

TABLE DES MATIERES

PREFACE	1
RESUME	2
ZUSAMMENFASSUNG	5
SUMMARY	8
1 BUTS DU GUIDE	11
1.1 PROPOSER DE L'AIDE AFIN D'ÉLABORER UNE PLANIFICATION QUI RÉPONDE À LA LAMAL	11
1.2 PRISE EN COMPTE DES SOINS AMBULATOIRES DANS LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE	13
1.3 L'EXÉCUTION DE PROGRAMMES-MODÈLES EST INDISPENSABLE	14
2 PRINCIPES DIRECTEURS CONCERNANT LA PLANIFICATION/PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE	18
3 MODELE DE PLANIFICATION	20
4 ETAPES DE PLANIFICATION	21
4.1 HYPOTHÈSES ET BUTS DE LA PLANIFICATION	21
4.1.1 <i>Hypothèses de la planification</i>	21
4.1.2 <i>Buts de la planification</i>	22
4.2 BASES DE PLANIFICATION	24
4.2.1 <i>Evaluer annuellement les données de la statistique médicale</i>	24
4.2.2 <i>Favoriser la comparaison systématique, sur le plan intercantonal, des données relatives à la prise en charge</i>	24
4.2.3 <i>Examiner les bases de planifications étrangères</i>	25
4.2.4 <i>Obtenir avec la collaboration de l'Office fédéral des assurances sociales des données plus significatives pour les soins psychiatriques</i>	25
4.2.5 <i>Faciliter la comparaison des données sur les internements forcés</i>	26
4.3 EXPOSÉ DE LA SITUATION ACTUELLE	26
4.3.1 <i>Evaluations statistiques à connotation pratique</i>	26
4.3.2 <i>Identifier les flux de patients</i>	27
4.3.3 <i>Questionner d'autres prestataires</i>	27
4.4 ÉVALUATION DE L'OFFRE ACTUELLE	28
4.4.1 <i>Détermination d'une occupation inadéquate des lits</i>	28
4.4.2 <i>Analyse approfondie du recours aux prestations offertes</i>	29
4.4.3 <i>Implication des prestataires en dehors du réseau de la psychiatrie publique</i>	29
4.4.4 <i>Evaluation en tant qu' "apprentissage réfléchi"</i>	30

4.5	PRONOSTICS DES FUTURS BESOINS EN PRESTATIONS	30
4.5.1	<i>Pronostic sur la base du statu quo</i>	30
4.5.2	<i>Peu de facteurs à connotation causale pour déterminer l'offre</i>	31
4.5.3	<i>Apprendre d'autres cantons et de l'étranger</i>	32
4.6	SITUATION FINALE SOUHAITÉE.....	32
4.6.1	<i>Le secteur comme base de la fourniture des prestations</i>	32
4.6.2	<i>La région en tant qu'unité de prestations coiffant un secteur</i>	33
4.6.3	<i>Eviter de se focaliser sur la partie hospitalière de la prise en charge</i>	34
4.6.4	<i>Responsabilité commune avec les assureurs</i>	35
4.7	ELABORATION DE VARIANTES DE PRISE EN CHARGE.....	36
4.8	CONVENTION RELATIVE AUX PRESTATIONS	37
4.9	AMÉNAGEMENT DE LA LISTE HOSPITALIÈRE	38
4.10	FONCTION DE CONTRÔLE DU CANTON.....	38
5	ELÉMENTS DE PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES SPÉCIALES	41
5.1	PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	41
5.2	PSYCHOGÉRIATRIE.....	42
5.3	PSYCHIATRIE FORENSIQUE	45
6	POURQUOI DES PROGRAMMES-MODÈLES?.....	47
7	SÉLECTION DE LA LITTÉRATURE SPÉCIALISÉE	52
8	ANNEXE I: REMARQUES COMPLÉMENTAIRES	54
8.1	DIFFÉRENCES PAR RAPPORT À LA MÉDECINE SOMATIQUE	54
8.2	COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS EUROPÉENS	58
8.3	DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DE BASE PAR LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE	63
8.4	DIMENSIONS NON ABORDÉES PAR LE GUIDE PRÉCITÉ.....	64
9	ANNEXE II: PROGRAMMES-MODÈLES ILLUSTRATIFS.....	65
9.1	PSYCHIATRIE AIGUË DE PROXIMITÉ (<i>GEMEINDEINTEGRIERTE AKUTPSYCHIATRIE GiA</i>) DANS LA RÉGION PSYCHIATRIQUE DE LUCERNE-VILLE.....	65
9.2	CLINIQUES DE JOUR DES SERVICES PSYCHIATRIQUES DE THURGOVIE ET DE LA CLINIQUE LITTENHEID.....	66
9.3	CASE MANAGEMENT DE LA PSYCHIATRIE INTÉGRÉE DE WINTERTHOUR	67
9.4	LUTTE CONTRE LES CONDUITES SUICIDAIRES DANS LE CANTON DE VAUD.....	68
9.5	PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INTERNISTES À GENÈVE.....	69

Préface

Le rapport a été établi par le groupe de travail „Planification hospitalière“ de la CDS avec la collaboration d'un expert. Après la conclusion des travaux, le groupe de travail a présenté le guide „Planification de la psychiatrie“ à la commission Application de la LAMal. Celle-ci a approuvé début janvier 2007 la réalisation d'une large consultation.

En plus des cantons et des instances fédérales pertinentes, une bonne vingtaine d'institutions et d'organisations de la santé et en particulier du vaste domaine des prestataires de soins psychiatriques ont été invitées le 17 janvier 2007 à prendre position. Les points forts suivants sont ressortis des réponses reçues:

- Les trois buts du guide ont été presque constamment soutenus.
- Une part notable des prestataires s'est interrogée sur les valeurs indicatives numériques présentées dans le guide. Des précisions ont souvent été demandées.
- Et il y a eu à nouveau majoritairement des prises de position de prestataires exhortant à prêter une attention accrue à la rémunération financière lors de modifications dans la fourniture de prestations.

Deux occasions ont été offertes pour tenir compte de l'inquiétude, exprimée dans la consultation, que les prestataires ne puissent qu'insuffisamment apporter leur savoir et leurs connaissances pratiques. Devant à l'origine rassembler des décideurs politiques, la journée de travail du 24 mai 2007 de la CDS sur la planification de la psychiatrie a été ouverte aux prestataires. La forte participation a témoigné de l'intérêt de ces derniers.

De plus, le Secrétariat central a mis en place en juin 2007 un groupe d'accompagnement avec des représentants des organisations des prestataires et de santéuisse. Ce groupe d'accompagnement a traité jusqu'à début novembre les problèmes de financement lors de modifications de l'offre de prestations vis-à-vis des assureurs-maladie, de l'assurance-invalidité et des cantons. D'autres réflexions sur les programmes-modèles encouragés dans le guide ont en outre été menées (cf. à ce propos les thèses du groupe d'accompagnement à l'attention du groupe de travail „Planification hospitalière“ du 15.11.07). Et des souhaits concernant la version définitive du guide ont été discutés lors de la séance commune avec le groupe de travail „Planification hospitalière“ du 6 novembre 2007.

Résumé

- a) Ce guide s'inscrit en complément des recommandations générales de la CDS concernant la planification hospitalière (1997, révisées en 2002) et du Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations de juillet 2005. Alors que les anciens documents se concentraient sur les soins somatiques aigus, le présent guide traite des besoins spécifiques de la prise en charge psychiatrique. Sur le plan formel, on s'en tient toutefois ici volontairement au guide pour une planification hospitalière liée aux prestations.
- b) Le guide se propose d'atteindre trois buts principaux: (1) soutien des cantons à une planification des soins psychiatriques répondant aux exigences de la LAMal; (2) prise en compte plus adéquate des prestations ambulatoires dans le cadre de la planification hospitalière; (3) soutien à l'exécution de programmes-modèles, car ils constituent une condition incontournable pour développer des éléments de soins psychiatriques qui soient en conformité avec le patient.
- c) La prise en compte des prestations ambulatoires dans la planification de la psychiatrie est indispensable pour répondre à l'art. 32 LAMal, car l'environnement du patient joue un rôle primordial en prévention, dans l'évolution de la maladie et dans les multiples facettes des mesures de réadaptation. De plus, la littérature spécialisée démontre que le recours aux prestations hospitalières, en particulier la durée d'hospitalisation en clinique psychiatrique, peut être modifié dans le sens d'une réduction grâce à des prestations ambulatoires conformes aux besoins.
- d) Les travaux liés au guide s'inscrivent d'une part en prolongement du rapport du groupe ad hoc "Structures de prise en charge psychiatrique" en annexe II du projet de stratégie "Santé psychique – stratégie nationale pour la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique en Suisse" (Politique nationale suisse de la santé, février 2004). Entre autres, le rapport insistait sur le fait que des programmes-modèles, et avec eux une évaluation pertinente, devaient établir une "procédure standard" lors de la réorientation graduelle des soins psychiatriques en Suisse. D'autre part, le rapport de l'OMS "Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions" (OMS, 2006) constitue une autre base du guide présenté ici.
- e) Si la planification psychiatrique d'un canton vise à obtenir davantage qu'une adaptation du statu quo, il est alors indiqué de formuler des principes directeurs de prise en charge (p. ex. "prise en charge décentralisée"). Ils devront toutefois être conçus de manière à pouvoir faire l'objet d'un réexamen.
- f) Une pénurie d'infrastructures semi-hospitalières et de proximité ainsi que dans les divisions psychiatriques d'hôpitaux de soins somatiques aigus apparaît en particu-

lier lorsqu'on se réfère à des comparaisons avec l'étranger. Les cliniques continueront toutefois de jouer un rôle important à l'avenir.

- g) Une réduction de l'offre de lits dans la psychiatrie d'adultes semble possible à moyen et à long terme. Des comparaisons avec d'autres pays européens le suggèrent également (cf. chapitre 8.2). On présuppose pour une réduction une structuration minutieuse du domaine semi-hospitalier et ambulatoire. A l'avenir, plus de la moitié des moyens engagés en faveur des soins psychiatriques devraient être affectés à des prestations dans les structures ambulatoires et semi-hospitalières (y compris la prévention).

Sont définies des régions de prise en charge dont les services psychiatriques sont atteignables par la grande majorité de la population dans les 30 minutes. On vise aussi à une prise en charge "intégrée" avec la participation de psychiatres établis, de médecins de premier recours¹, de services d'aide et de soins à domicile, d'hôpitaux somatiques et autres services.

Des équipes mobiles sont également à prévoir à moyen ou même à court terme. En outre, il s'agit de renforcer les liens institutionnels avec la réadaptation et la réinsertion. Aux psychiatres et médecins de premier recours établis on offrira la possibilité de conclure des contrats relatifs à la prise en charge intégrée.

- h) On vouera une attention accrue à l'obtention systématique de l'information, à l'examen de l'occupation des lits (dans les groupes diagnostiques, également en comparaison avec d'autres cliniques), à l'analyse des liaisons entre prestations hospitalières, semi-hospitalières et ambulatoires, de même qu'à leur évaluation.
- i) Des comparaisons avec d'autres prestataires et le recours à des planifications étrangères sont indiqués pour évaluer le besoin en prestations. Une importance considérable doit de plus être accordée pour les prévisions à moyen terme au traitement continu des résultats des programmes-modèles.
- j) Une fourniture de prestations efficiente, efficace et économique est le plus à même d'être garantie lorsque les objectifs d'une période de planification à moyen ou long terme sont formulés de telle manière qu'ils soient vérifiables. Des adaptations seront ensuite apportées, au sens d'une planification adaptée en permanence, sur la base d'une détermination du degré de réalisation des objectifs.
- k) On attachera une importance primordiale à l'exécution de programmes-modèles, d'essais et de projets pilotes au cours des années à venir. Comme le montre l'annexe II, la démarche dans ce contexte n'est pas inédite. Ce qui est nouveau, en

¹ Par médecins de premier recours on entend les médecins en pratique privée porteurs du titre de spécialiste en médecine générale, en médecine interne ou en médecine d'enfants et d'adolescents, ainsi que les médecins porteurs du titre de formation postgrade de médecin praticien.

revanche, c'est qu'il s'agit d'instaurer à travers les cantons une certaine harmonisation des efforts visant à consolider le savoir-faire.

Les spécificités des prestations offertes sont à rechercher par exemple pour une ville d'une certaine importance et pour des régions rurales, pour diverses institutions de soutien (p. ex. services sociaux ou psychiatres établis), pour différentes prestations combinées et pour des périodes plus ou moins longues (de un à trois ans). De plus, il s'agit d'entreprendre des essais similaires avec des dotations de personnel différentes.

- l) Au chapitre de la planification, on tiendra compte également des spécificités de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de la psychogériatrie et de la psychiatrie forensique. En règle générale, une collaboration intercantonale et une fixation régionale des priorités sont indiquées à travers les trois éléments de prestations cités.
- m) Les règles de financement en vigueur devront être adaptées en fonction des mutations intervenues au niveau des prestations. Les assureurs seront inclus d'emblée dans la planification.

Zusammenfassung

- a) Der vorliegende Leitfaden ist eine Ergänzung zu den allgemeinen Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (1997, revidiert 2002) und zum Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung vom Juli 2005. Während die früheren Dokumente sich auf die somatische Akutversorgung konzentrierten, fokussiert der vorliegende Leitfaden auf die spezifischen Bedürfnisse in der psychiatrischen Versorgung. Formal folgt man hier aber bewusst dem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung.
- b) Mit dem Leitfaden wollen drei hauptsächliche Ziele erreicht werden: (1) Unterstützung der Kantone bei der Planung einer dem KVG genügenden psychiatrischen Versorgung. (2) Adäquatere Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen der Spitalplanung. (3) Die Durchführung von Modellprogrammen zu stimulieren, da sie eine unverzichtbare Voraussetzung sind, um Elemente der psychiatrischen Versorgung patientengerecht zu entwickeln.
- c) Der Einschluss der ambulanten Versorgung in die Psychiatrieplanung ist zur Erfüllung von Art. 32 KVG unverzichtbar, weil der Umwelt der Erkrankten sehr erhebliche Bedeutung in der Prävention, dem Krankheitsgeschehen und in den facettenreichen Rehabilitationsbemühungen zukommt. Die Fachliteratur weist zudem nach, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen, insbesondere aber die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken, durch bedürfnisgerechte ambulante Leistungserbringung gesenkt werden kann.
- d) Die Arbeiten am Leitfaden knüpften einerseits an am Bericht der Ad-hoc-Gruppe „Psychiatrische Versorgungsstrukturen“ im Anhang II des Strategieentwurfs „Psychische Gesundheit - Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz“ (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Februar 2004). Dort wurde u.a. darauf insistiert, dass Modellprogramme mit der dazugehörigen Evaluation zum „Standard-Vorgehen“ bei der graduellen Neuorientierung der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz werden sollte. Andererseits bildet der WHO-Bericht „Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ (WHO, 2006) eine weitere Grundlage des vorliegenden Leitfadens.
- e) Wenn die Psychiatrieplanung eines Kantons mehr will als eine angepasste Fortschreibung, dann ist es angezeigt, wegleitende Versorgungsprinzipien (z.B. „dezentral“) zu formulieren. Diese sind dann aber so zu gestalten, dass sie zur Überprüfung geeignet sind.
- f) Insbesondere unter Bezug von Vergleichen mit dem Ausland ergeben sich Hinweise auf einen Mangel an teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen so-

wie auf psychiatrischen Abteilungen in somatischen Akutspitälern. Kliniken bleiben allerdings auch in der Zukunft relevant.

- g) Mittel- und langfristig scheint eine Reduktion des Bettenangebots in der Erwachsenenpsychiatrie möglich. Dies legen auch Vergleiche mit dem europäischen Ausland nahe (vgl. Kapitel 8.2). Dabei wird eine sorgfältige Strukturierung des teilstationären und ambulanten Bereichs vorausgesetzt. Zukünftig sollten mehr als die Hälfte der für die psychiatrische Versorgung eingesetzten Mittel für Leistungen in ambulanten und teilstationären Strukturen (Prävention eingeschlossen) verwendet werden.

Es werden Versorgungsregionen definiert, deren psychiatrische Dienste für den überwiegenden Teil der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind, und es wird eine „integrierte“ Versorgung unter Einbezug von niedergelassenen Psychiatern, Grundversorgern², Spitexdiensten, somatischen Spitälern und weiteren Diensten angestrebt.

Bereits mittel- oder sogar kurzfristig sind auch mobile Teams vorzusehen. Zudem sollen die institutionellen Verbindungen zur Rehabilitation und Eingliederung verstärkt werden. Niedergelassenen Psychiatern und Grundversorgern sollen Verträge zur integrierten Versorgung angeboten werden.

- h) Der systematischen Informationsbeschaffung, der Prüfung der Bettenbelegung (mit Bezug auf Diagnosegruppen auch in Vergleich mit andern Kliniken), der Analyse der Verbindungen zwischen stationären, teilstationären sowie ambulanten Leistungen und der Evaluation soll vermehrt Beachtung geschenkt werden.
- i) Für die Prognose des Leistungsbedarfs sind Vergleiche mit anderen Leistungserbringern und der Bezug von ausländischen Planungsdokumenten angezeigt. Der kontinuierlichen Verarbeitung von Resultaten aus Modellprogrammen kommt für mittelfristige Prognosen zudem erhebliche Bedeutung zu.
- j) Effiziente, effektive und wirtschaftliche Leistungserbringung ist dann am ehesten zu garantieren, wenn die Zielsetzungen für mittel- und längerfristige Planungsperioden auf eine Art und Weise formuliert sind, dass sie überprüfbar werden. Auf Grund der Eruiierung der Zielerreichungsgrade sind dann in einer Art rollender Planung Anpassungen vorzunehmen.
- k) Dem Durchführen von Modellprogrammen / Modellversuchen / Pilotprojekten soll in den kommenden Jahren erstrangige Bedeutung zukommen. Dabei wird (wie im Anhang II dargestellt) nicht Neuland beschritten. Neu ist aber, dass über die Kan-

² Zu den Grundversorgern zählen Ärzte und Ärztinnen mit Praxistätigkeit und Facharzttitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, sowie Ärzte und Ärztinnen mit dem Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt“.

tone hin eine gewisse Abstimmung bei diesen Anstrengungen zur Fundierung des Handlungswissens zu erfolgen hat.

Die spezifischen Ausprägungen für ein Angebot sind zum Beispiel je zu finden für eine grössere Stadt und für ländliche Gebiete, für je verschiedene Mitträger (z.B. Sozialdienste oder niedergelassene Psychiater), für unterschiedliche Kombinationen der Leistungen und für verschieden lange Zeitperioden (ein Jahr bis drei Jahre). Zudem braucht es ähnliche Versuche mit unterschiedlicher personeller Dotierung.

- l) Planerisch sind je auch die Spezifitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Alterspsychiatrie sowie der Forensik zu berücksichtigen. Über alle drei Elemente der Leistungserbringung sind in der Regel interkantonale Zusammenarbeit und regionale Prioritätensetzung angezeigt.
- m) Die aktuell geltenden Regeln zur Finanzierung müssen unter den veränderten Ausprägungen der Leistungserbringer angepasst werden. Versicherer sind von Anfang an in die Planung einzuschliessen.

Summary

- a) This guide is a supplement to the general GDK recommendations on hospital planning (1997, revised 2002) and the guide to performance-oriented hospital planning of July 2005. Whereas the earlier documents concentrated on somatic acute treatment, the present guide focuses on the specific needs in psychiatric health care. Formally, however, it follows the guide to performance-oriented hospital planning.
- b) We want to achieve three main objectives with the guide: (1) Support the cantons in planning psychiatric health care that conforms to the KVG. (2) Make greater allowance in hospital planning for out-patient service provision. (3) Stimulate the implementation of pilot programmes because they are an essential requirement in developing elements of psychiatric treatment in a patient-oriented way.
- c) The inclusion of out-patient care in psychiatric planning is essential to satisfying Art. 32 KVG because very considerable importance is attached to patients' environment in the prevention, development of disease and the diverse rehabilitation efforts. In addition, the specialist literature provides evidence that the utilisation of in-patient services, but particularly the length of stays in psychiatric hospitals, can be reduced by need-based provision of out-patient services.
- d) The work on the guide tied in with the report of the ad hoc group "Psychiatric care structures" in Appendix II of the draft strategy "Mental Health – national strategy to protect, foster, maintain and restore the mental health of the population in Switzerland" (Swiss national health policy, February 2004). One of the points insisted upon was that pilot programmes together with their evaluation should become "standard procedure" in the gradual re-orientation of psychiatric health care in Switzerland. At the same time, the WHO report "Mental health: facing the challenges, building solutions" (WHO, 2006) provides a further basis for this guide.
- e) If the aim of psychiatric planning for a canton is more than just an updating of what already exists, different treatment principles (e.g. "decentralised") need to be formulated. However, these must be designed in a way that evaluation is possible.
- f) Particularly if comparisons are made with other countries, there is evidence of a lack of community-based infrastructure as well as psychiatric departments within acute somatic hospitals in Switzerland. However, clinics will still remain relevant in the future.
- g) In the medium and long term it seems feasible to reduce the number of beds for adult psychiatry. This is further supported by comparison to other European countries (cf. chapter 8.2). In order to achieve this, careful structuring of out-patient care

will be a prerequisite. In the future, more than half of the resources used for psychiatric care are to be utilised for services in out-patient structures (including prevention).

Healthcare regions are defined whose psychiatric services are accessible to the vast majority of the population within 30 minutes, and the target is “integrated” care which involves psychiatrists in office practice, GPs³, homecare, somatic hospitals and other services.

Mobile teams are also planned in the medium or even short term. Furthermore, the institutional links are to be strengthened for rehabilitation and integration. Psychiatrists in office practice and GPs are to be offered integrated care contracts.

- h) Greater attention is to be paid to the systematic gathering of information, checking of bed occupancy (with reference to diagnostic groups and in comparison with other clinics), analysis of links between in-patient and out-patient services, and more weight has to be put on evaluation.
- i) Comparison with other service providers and reference to planning documents from abroad are recommended in order to forecast the service need. Considerable importance is also attached to the continuous processing of results from pilot programs for the purposes of medium-term forecasting.
- j) The best way to guarantee efficient, effective and economical service provision is to formulate targets for medium and longer-term planning periods in such a way that they can be evaluated. Depending on the degree to which targets have been achieved, adjustments should then be made in a kind of rolling planning.
- k) In the coming years, top priority will be given to carrying out pilot programmes / pilot trials / pilot projects. This will not involve breaking new ground (as set out in Appendix II). What is new, however, is that these efforts are to be coordinated across the cantons in order to provide the foundations for procedural knowledge in this field.

In terms of service provision, the specific characteristics must be identified for larger cities as well as rural areas, for different providers (e.g. social services or psychiatrists in office practice), for different combinations of services and for periods of varying length (one year to three years), for example. In addition, similar attempts with different levels of staffing are needed.

- l) The specific features of paediatric and juvenile psychiatry, geriatric psychiatry and forensics also have to be considered for planning purposes. Inter-cantonal coopera-

³ In the present context, the term „General Practitioner“ encompasses doctors in office practice having a specialist degree in general medicine, internal medicine and child and youth medicine, as well as doctors with a postgraduate degree as “practical doctor”.

tion and regional priority-setting are generally recommended for all three elements of service provision.

- m) The currently valid rules on financing must be adjusted to take account of the changed characteristics of the service providers. Insurers must be included in the planning process from the outset.

1 Buts du guide

Le guide se propose d'atteindre trois buts interdépendants:

- *Aider à l'élaboration sur les plans cantonal et intercantonal d'une planification répondant aux prescriptions de la LAMal.*

A cet effet, on peut reprendre du Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations (CDS, Berne, juillet 2005) aussi bien le modèle de planification que les différentes étapes de planification.

- *Mettre en exergue le fait que les soins ambulatoires ne relevant pas de l'obligation de planification selon l'art. 39 LAMal revêtent une importance considérable.*

En soins psychiatriques, il existe pour un séjour en milieu résidentiel des possibilités de substitution nettement plus nombreuses qu'en médecine somatique – en psychiatrie, celles-ci doivent toutefois plus souvent être choisies en fonction des patients. Il est donc indispensable d'intégrer les structures et processus ambulatoires et semi-hospitaliers dans la planification hospitalière. En soins psychiatriques, on utilise en partie d'autres notions pour les catégories de traitement non hospitalières qu'en médecine somatique aiguë. Toutefois, le Tarmed comprend des positions permettant de rémunérer pareilles prestations, voir KI-02.04-1 et KI-02.04-4.

- *Démontrer que l'exécution de programmes-modèles est indispensable.*

Pour certains éléments des soins psychiatriques, le savoir considéré aujourd'hui comme assuré en termes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 LAMal) est sensiblement plus modeste que dans le domaine de la médecine somatique en milieu hospitalier. Pour parvenir à des conclusions en matière de planification, on a recours de préférence à des programmes-modèles. Ce guide vise à faire comprendre la nécessité de promouvoir de tels programmes.

1.1 Proposer de l'aide afin d'élaborer une planification qui réponde à la LAMal

Le guide se propose de donner aux départements cantonaux de la santé la possibilité d'accomplir leurs tâches de planification – en vertu du mandat légal – en tenant dûment compte des défis que pose une prise en charge psychiatrique conforme aux besoins.

Le guide ne tient pas compte en détail des caractéristiques de chaque canton en matière de soins psychiatriques. D'une part, les conditions respectives présentent souvent un degré de complexité tel que des dispositions générales en matière de réglementation ne puissent y suffire. (Ainsi, par exemple, un canton souhaite exploiter plusieurs

divisions géro-psycho-geriatriques/psychogériatriques dans une clinique psychiatrique, au motif de décharger par là les établissements médico-sociaux. Un autre canton, en revanche, s'engage à n'admettre dans une clinique des patients âgés qu'à titre exceptionnel, et ce uniquement pour une courte durée). D'autre part, les recommandations de ce guide sont loin de pouvoir être appliquées telles quelles, car, pour une ville, la proximité obligatoire de la population n'est pas interprétée de la même façon qu'en milieu rural et, a fortiori, que pour une région à faible densité de population.

S'agissant des éléments principaux permettant d'atteindre les objectifs fixés, on reprend systématiquement le modèle de planification et les étapes de planification du Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations (rapport du groupe de travail "Planification hospitalière liée aux prestations" au Comité directeur de la Conférence des directeurs sanitaires de juillet 2005).

Les deux principales raisons de cette procédure résident dans le fait que les dispositions légales pour les soins somatiques hospitaliers sont les mêmes que pour le domaine de la psychiatrie (art. 32 al. 1, art. 39, art. 43 al. 6, art. 46 al. 4, art. 49 al. 7 LAMal). A quoi s'ajoute que le modèle de planification des soins somatiques hospitaliers est une édition adaptée du cycle général intervenant pour résoudre des problèmes. Bien que le présent document fasse souvent allusion aux différences par rapport aux soins somatiques, rien ne permet de conclure à l'obligation de disposer d'un modèle de planification spécifique à la psychiatrie.

De plus, l'emploi d'un même modèle de planification que celui présenté dans le rapport du groupe de travail "Planification hospitalière liée aux prestations" et par là le recours aux étapes de planification formelles permettent d'indiquer aux milieux concernés par les questions politiques de l'assurance-maladie que les deux procédures de planification sont susceptibles de recours.

Il existe toutefois des différences notables entre les deux types de prise en charge, à savoir les malades somatiques et les patients de l'assurance-accidents, d'une part, et les soins psychiatriques, d'autre part (voir l'annexe I pour plus de détails).

Eu égard à l'historique législatif et aux défis qui se dessinent depuis plusieurs années déjà dans les soins psychiatriques, on est amené à constater qu'une partie des conditions légales mettant l'accent sur la prise en charge hospitalière ne sont guère appropriées aux mesures de planification en psychiatrie. Or, étant donné que les modifications de la LAMal en faveur d'une planification de la psychiatrie de proximité devraient être laborieuses (et retarderaient les efforts de planification dans un proche avenir), il apparaît actuellement indiqué de planifier en vertu des conditions légales en vigueur.

1.2 Prise en compte des soins ambulatoires dans la planification hospitalière

Le Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations se limite essentiellement aux soins somatiques hospitaliers. On y reconnaît évidemment aussi l'importance d'un recours à l'expérimentation des prestations ambulatoires et semi-hospitalières.

En matière de planification de la psychiatrie, l'apport de la psychiatrie faisant l'objet d'un mandat public – à l'opposé de la psychiatrie offerte par des prestataires privés – dans les prestations psychiatriques ambulatoires revêt une importance particulière. En psychiatrie, la conceptualisation des critères d'influence sur les décisions relatives à l'examen diagnostique dans le secteur ambulatoire et l'exécution de thérapies est plus complexe qu'en médecine somatique.

Bien que des facteurs extra-médicaux jouent également un rôle pour concevoir la pratique médicale somatique (p. ex. un assuré privé très âgé et vivant seul, qui habite à une certaine distance de l'hôpital, connaîtra probablement un séjour hospitalier plus long pour son opération de l'œil que la moyenne des patients opérés par des ophtalmologues), ils sont certainement moins nombreux qu'en psychiatrie pour expliquer un séjour hospitalier.

L'ampleur des facteurs susceptibles de justifier un séjour hospitalier en psychiatrie n'est cependant guère plus grande que celle des facteurs justifiant un séjour en milieu somatique aigu. Or certains de ces facteurs attestent une valeur explicative infiniment plus grande en psychiatrie. (Pour n'en citer que quelques-uns en vrac: mise en danger de sa propre personne, mise en danger d'autrui, état d'abandon, absence de tissu social performant.)

En soins psychiatriques hospitaliers, les facteurs d'influence extramédicaux (entre autres dans le domaine social) sont donc plus significatifs qu'en médecine somatique aiguë. Il est donc évident qu'en psychiatrie s'appliquent d'autres facteurs d'influence qu'en médecine somatique aiguë.

Cela tend à démontrer une fois de plus qu'en matière de planification LAMal, il existe des différences importantes entre soins somatiques et psychiatriques.

A quoi s'ajoute qu'en psychiatrie, les possibilités de substitution d'un séjour en clinique sont nettement plus grandes que dans les soins somatiques aigus. Il n'est pas possible d'estimer l'ampleur de la réduction de la durée moyenne de séjour à atteindre dans les cliniques psychiatriques. Des comparaisons internationales et des comparaisons rigoureuses de prestataires en Suisse (p. ex. dans le cadre de la conception de *small-area analyses*) doivent démontrer dans les années qui viennent où les durées de séjour ont été réduites.

Les remarques précédentes montrent uniquement qu'il existe un potentiel à diminuer les admissions et à raccourcir les séjours en clinique. Or ce qui est déterminant, c'est que l'on ne dispose pas encore en Suisse d'un savoir empirique sûr pour transposer ce potentiel dans la pratique. Cela tient au fait que, souvent, une substitution directe ne peut être prévue (p. ex. nombre nettement supérieur de places de traitement en cliniques de jour ou capacités augmentées des consultations ambulatoires et en même temps réduction conséquente des lits de clinique). Il s'agit plutôt d'accumuler les expériences tendant à démontrer quelles sont les structures et les processus qui se révèlent être les plus efficaces dans un contexte de prestations modifié, et pour quels groupes de patients.

Lorsqu'on considère cette complexité, il paraît alors évident qu'aujourd'hui une optimisation conséquente des prestations quant à leur efficacité, leur adéquation et leur économie (art. 32 LAMal) n'intervient pas en premier lieu par la mise en œuvre d'une planification définie en détail. Des valeurs indicatives de planification demeurent certes indispensables. Mais les éléments de planification devront être flexibilisés à tel point que des adaptations restent possibles dans l'intérêt des divers groupes de patients. Etant donné qu'en Suisse le savoir acquis jusque-là dans ce domaine est encore insuffisant, il faut impérativement procéder par étapes.

Ce phénomène est encore trop souvent insuffisamment pris en compte. En effet, il faudrait inclure de manière systématique le plus grand nombre de traitements psychiatriques dans les projets de recherche. Si l'on ne veut pas aller jusqu'à institutionnaliser un processus d'apprentissage comme on tente de le faire en Allemagne avec ses "réseaux de compétence en médecine", il incombe alors pour le moins aux prestataires en psychiatrie de démontrer quels sont les problèmes majeurs qui se posent dans ce domaine, de façon à pouvoir aborder une partie de ces problèmes par voie de planification en se fixant des priorités de politique de santé.

On conclut qu'il s'agira, en matière de planification psychiatrique, et contrairement à la planification des soins aigus en milieu hospitalier, de tenir dûment compte de la palette étendue des prestations ambulatoires.

1.3 L'exécution de programmes-modèles est indispensable

Une planification stratégique n'exclura jamais une analyse des domaines d'intervention considérés pour être modifiés par des prescriptions et des mesures de planification. Un renoncement (délibéré ou non) conduirait à un maintien du statu quo à l'avenir.

Cette analyse a été effectuée lors du traitement du sujet "Santé psychique – une stratégie nationale de protection, de promotion, de maintien et de rétablissement de la santé psychique de la population en Suisse" dans le cadre des travaux en relation avec la Politique nationale de la santé (2003 et 2004).

Quatre responsables de la planification en psychiatrie, c.-à-d. le groupe ad hoc "Offres de soins psychiatriques intégrés", ont esquissé chacun de manière concise un problème pour ensuite émettre une recommandation pour la Politique nationale suisse de la santé.

Au total, 31 problèmes fondamentaux ont été appréhendés, accompagnés chacun d'une "recommandation" qu'il s'agit de traiter par une approche planificatrice. Les problèmes et les recommandations seront traités au chapitre 4 "Etapas de planification", pour autant qu'il soit possible d'en tenir compte dans le contexte de la planification hospitalière selon l'art. 39 LAMal.

Si une partie des recommandations du groupe ad hoc n'a pas été prise en compte, cela est dû, d'une part, au domaine spécifique faisant l'objet de la planification hospitalière mandatée par la LAMal et, d'autre part, à la nécessité d'atténuer la complexité planificatrice pour l'instance politique (voir à ce propos le chapitre complémentaire 8.4).

Même si les problèmes esquissés par les auteurs du rapport "Offres de prise en charge psychiatrique" sont loin de concerner chaque système de santé cantonal avec la même ampleur, ils n'en demeurent pas moins très complexes. Afin de diminuer au fur et à mesure cette complexité, il est indispensable de procéder à une évaluation conséquente des mesures de planification et d'œuvrer avec des programmes-modèles.

Le groupe ad hoc "Offres de soins psychiatriques intégrés" a accordé une importance primordiale à l'expérimentation, aux essais et aux programmes-modèles. Les recommandations générales (page 16 du rapport d'experts) commencent par "1. En Suisse, la prise en charge psychiatrique est évaluée et documentée de manière appropriée (globalement ou par projet)" pour se terminer à la recommandation 31: "La mise en place de programmes-types dans le domaine de la psychiatrie et de la réadaptation devrait devenir une pratique courante en Suisse..." en page 47.

Les auteurs ont voulu montrer par là que le processus de planification passe essentiellement par une recherche à l'aide de projets d'évaluation et par une approche des réalisations escomptées à travers des programmes-modèles.

Dans certains cantons l'on s'est déjà employé à élaborer une sorte de planification adaptée en permanence (p. ex. Bâle-Campagne, Genève, Zurich). Dans d'autres, les étapes de planification qui seront présentées devraient favoriser une procédure structurée. D'une manière générale, il reste aux cantons à obliger les prestataires à procéder à une évaluation et à élaborer des programmes-modèles (d'entente et en collaboration avec d'autres cantons).

La politique doit oser des changements

Tom Burns a expliqué par trois facteurs les changements intervenus dans les soins psychiatriques au cours des dernières années: L'évolution séculaire a généré un certain nombre d'influences qui ont contribué à l'érosion substantielle de l'autonomie professionnelle en psychiatrie. De plus, dans cette configuration importante de la psychiatrie, l'apparition de nouveaux médicaments aurait donné lieu à des discussions sur de possibles variantes de traitement. Mais le plus important serait l'influence exercée par la politique. Bien que s'appliquant en priorité à la Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, à l'Allemagne et au Canada, ces trois facteurs sont probablement valables pour la plupart des systèmes de santé bien développés. S'agissant du troisième facteur, c.-à-d. l'influence politique, il suggère le défi qu'il convient de relever en Suisse. Tout comme en médecine somatique, où dans un passé récent il était question de fermetures d'hôpitaux imposées par la politique et/ou de réduction du nombre de lits, les instances politiques, lors de futures planifications des prestations psychiatriques, devront fixer les objectifs à atteindre.

Une planification psychiatrique de ce type présente toutefois de multiples facettes. Bien que l'art. 39 LAMal assigne une position centrale aux prestations hospitalières, une planification de la psychiatrie dans les règles de l'art devra cibler l'ensemble des prestations psychiatriques, la perméabilité des structures de prestations répondant à un mandat indispensable. Et, alors que la LAMal se concentre sur les institutions, un remplacement systématique de l'orientation institutionnelle par un "accompagnement" plus actualisé de la patientèle fait partie d'une planification de la psychiatrie comme on la conçoit de nos jours.

La planification de la psychiatrie a ouvert d'autres perspectives que celles auxquelles le législateur s'attendait: «D'après la pratique du Conseil fédéral, (...) la planification hospitalière doit faire l'objet d'une analyse des besoins, (...) et doit procéder à l'allocation et à la garantie des capacités correspondantes par le biais de mandats de prestations aux hôpitaux admis sur la liste. Pour l'allocation et la garantie des capacités, il faut évaluer l'offre des prestataires et élaborer des solutions à une prise en charge conforme aux besoins. Une solution économiquement favorable au sens d'une considération générale doit être recherchée sur la base de critères objectifs et obéir au principe de la vérité des coûts. Le choix ne saurait être dicté uniquement par des critères économiques. Une simple comparaison chiffrée ne tiendrait pas compte d'autres critères importants tels que la disponibilité et la capacité des hôpitaux à s'en tenir aux tarifs et à accueillir des cas difficiles. Seule une comparaison complète et fondée des prestations offertes tient compte véritablement de l'égalité de traitement. La planification nécessite un réexamen continu.»⁴

⁴ Décision du Conseil fédéral sur le recours de la Clinique de psychiatrie et de psychothérapie Hohenegg contre le Conseil d'Etat du canton de Zurich concernant la liste des hôpitaux psychiatriques zurichois, 2005, Berne, 3 juin 2005, p. 13.

Dans l'annexe II figurent des éléments sélectionnés de la planification des soins pouvant être considérés par les cantons dans le cadre d'une stratégie de changement. S'il en est fait l'énumération, c'est parce que des stratégies s'imposent dans le contexte d'une collaboration conceptuelle.

Pour autant, cela ne signifie pas que tous les éléments de changement doivent être déclarés d'emblée obligatoires pour toute la période de planification, p. ex. pour cinq ans. Les instances politiques ont néanmoins le droit de savoir ce qui est considéré comme nécessaire aux changements au moment de l'entrée en vigueur de la planification et quels sont les autres éléments potentiels remis à plus tard. Il se peut, par exemple, que des résultats soient attendus d'autres cantons (autres planifications de la psychiatrie), laissant augurer pour la suite de la planification de nouveaux changements aux perspectives favorables.

Un apprentissage commun devra constituer une caractéristique principale de la planification. C'est en effet le seul moyen d'acquérir de manière empirique des connaissances fondées sur les diverses mesures avec lesquelles il sera possible de répondre, dans les régions rurales, les agglomérations et les villes, aux principes de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité.

Cette façon de faire permet aussi de limiter raisonnablement les dépenses pour la mise en application d'éléments de programmes-modèles dans les différents services psychiatriques. L'application de programmes-modèles bien conçus et bien ciblés exige justement des milieux impliqués une charge de travail considérable qui ne pourra être dévolue aux spécialistes que dans une très faible mesure. Ce qui reste déterminant, c'est la compréhension d'une partie non négligeable des collaborateurs manifestée à l'égard des changements, leur motivation à s'engager sur des éléments de projet dans des conditions renouvelées et leur volonté à œuvrer dans un esprit de conceptualisation sur une durée prolongée.

Un fournisseur de prestations ne devrait pas renoncer à toutes ces expériences. Imiter purement et simplement les autres induirait en erreur dans la mesure où ses propres collaboratrices et collaborateurs n'auraient pas non plus vécu eux-mêmes les difficultés attendues au niveau des changements ni profité des "récompenses" en résultant. En fait, pour réussir à moyen terme, il est essentiel d'avoir fait l'expérience de la conceptualisation, du processus de mise en œuvre et de la maîtrise des difficultés.

Les cantons devraient donc créer en quelque sorte un "laboratoire naturel" afin de tester par exemple dans quelles conditions une réintégration professionnelle fructueuse en milieu urbain procure également un potentiel dans un contexte rural pour doter les services consultés en personnel de façon à ce qu'il en résulte une efficacité optimale ou à obtenir des informations sur les arrangements susceptibles de garantir la prise en compte durable des médecins de premier recours dans le réseau des prestations psychiatriques.

2 Principes directeurs concernant la planification/Principes de la prise en charge

1. Chaque organe de planification doit décider lui-même s'il convient d'élaborer sa propre conception directrice pour la planification des structures d'offre psychiatriques. Il va sans dire que l'on ne saurait formuler une telle conception dans cette documentation, car un tel ouvrage doit traiter du résultat d'un processus d'apprentissage collectif de l'organe (ou des groupes de travail respectifs) qui établit la planification.

On mentionnera toutefois que la conception de la psychiatrie du canton de Zurich, à son chapitre 5 "Allgemeine Leitsätze und Menschenbild", suggère d'intéressantes bases de discussion pour l'élaboration d'une conception propre.

2. Dans la planification zurichoise (p. 56 ss.), des "Principes directeurs pour la prise en charge psychiatrique" ont ensuite été dégagés sur cette base:
 - L'offre psychiatrique doit être axée sur le patient, de manière à permettre que la personne concernée soit prise en charge conformément à ses attentes. Ce faisant, les institutions psychiatriques devront être aptes à satisfaire aux besoins particuliers, et notamment ceux liés au sexe, à l'âge, à la culture ou à l'état de santé physique du patient.
 - Le traitement devra reposer sur une relation humaine entre soignant et soigné. La psychiatrie et en particulier ses institutions ont pour mission d'œuvrer en fonction des infrastructures facilitant les contacts humains et la continuité du traitement.
 - L'offre thérapeutique devra prendre en compte les ressources du patient au sens d'une "aide à l'entraide" et renforcer au maximum ses aptitudes de façon à lui permettre de préserver ou de retrouver sa dignité et sa confiance en soi.
 - L'offre thérapeutique devra être aisément accessible. Les services d'urgence seront sur pied 24 heures sur 24.
 - D'entente avec le patient, la spécialisation croissante en psychiatrie devra lui être profitable à travers une coordination entre les personnes et les institutions impliquées.
 - Le potentiel de la commune en soutien social, en services d'aide et de soins, en loisirs et en possibilités de travail devra être exploité prioritairement à la création d'institutions spécialisées.
 - Les droits du patient seront établis conformément à la Convention européenne des droits de l'homme.

Les principes de prise en charge valables selon la conception de la psychiatrie du canton de Bâle-Campagne⁵ se situent au même niveau. Y sont démontrés les dix principes régissant la conception des prestations de service en psychiatrie:

- exhaustif
- conforme aux besoins
- globalisant
- intégratif
- protecteur
- peu restrictif
- nuancé et coordonné
- décentralisé
- réadaptatif
- continu et axé sur les relations personnelles.

Dans les planifications des Länder allemands, on trouve souvent un lien direct avec les quatre principes fondamentaux de l'«Enquête sur la psychiatrie» (1975): prise en charge de proximité; soins intégraux et conformes aux besoins de tous les malades psychiques; planification, coordination et coopération de tous les services de la région desservie; mise sur pied d'égalité des malades psychiques et des malades somatiques. De ces principes résulte un plus ou moins grand nombre d'instructions pour agir sur un plan opérationnel, ainsi, par exemple, selon le 2^e rapport sur la situation et le développement des soins psychiatriques dans l'Etat libre de Thuringe, 2000, p. 8 ss., ou dans le plan de la psychiatrie 2000 du Ministère du travail, de la santé et du social du Land de Schleswig-Holstein, p. 6 ss.

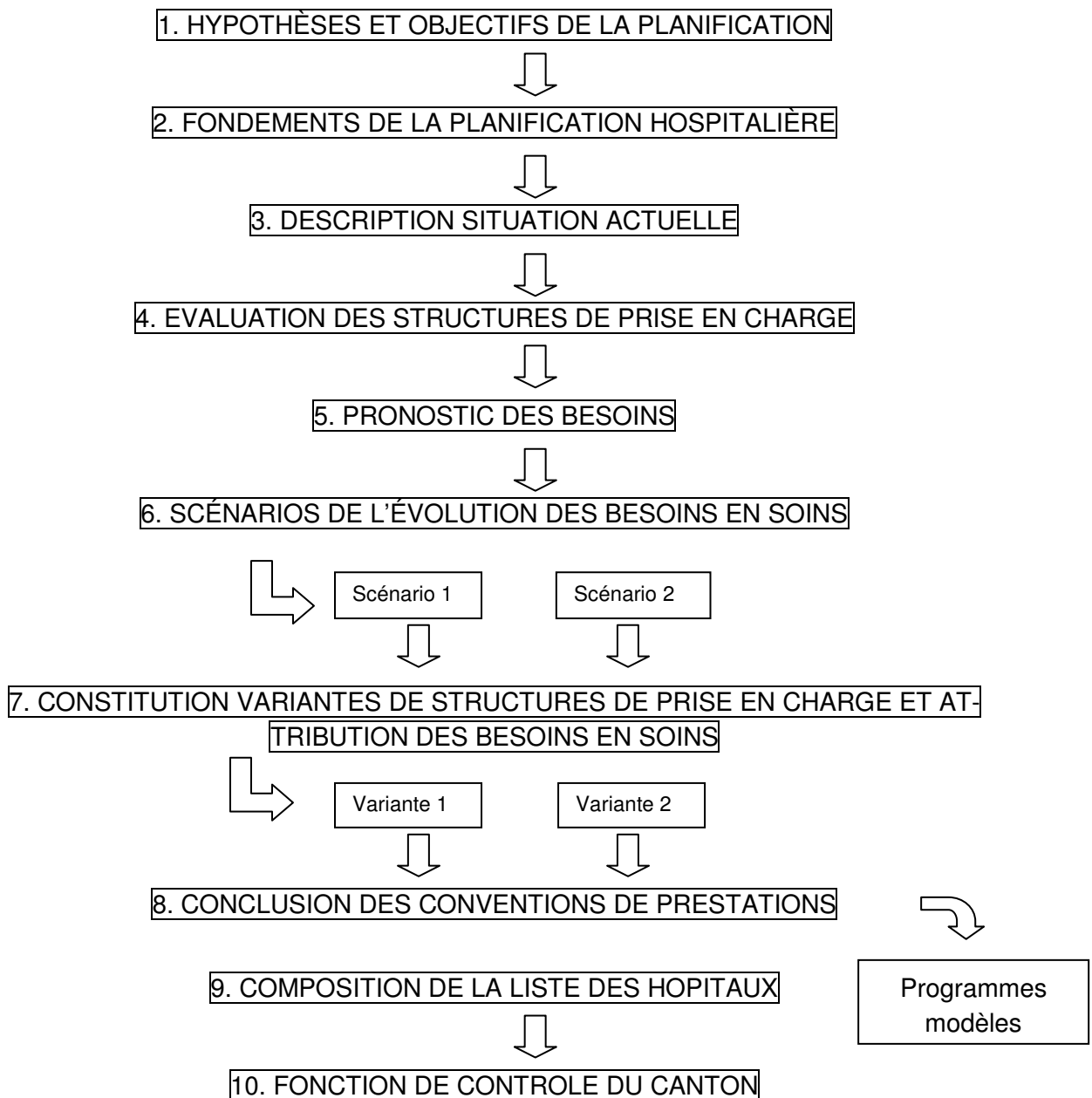
3. Il est recommandé de fixer des principes directeurs ou des principes de prise en charge avant d'établir une conception plus détaillée de la fourniture de prestations psychiatriques. Contrairement à nombre de planifications, il faudrait désormais tenter de concrétiser les principes de façon à permettre par la suite une évaluation aussi pertinente que possible du degré de leur mise en œuvre. Ceci également parce que l'on doit toujours davantage se référer à une planification permanente – elle requiert des informations plus substantielles pour le pilotage que ce à quoi l'on était habitué jusqu'ici.

⁵ Services psychiatriques cantonaux, Planification subséquente II relative au concept de la psychiatrie du canton de Bâle-Campagne, Liestal 2003, p. 47.

3 Modèle de planification

On reprend le modèle de planification du Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations (rapport du comité "Planification hospitalière liée aux prestations" à l'attention du Comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne, juillet 2005). Ce modèle peut être sans autre extrapolé à la planification de la psychiatrie mandatée par la LAMal.

Modèle de planification en 10 étapes



4 Etapes de planification

4.1 Hypothèses et buts de la planification

4.1.1 Hypothèses de la planification

Les informations tirées de documents de planification étrangers et de la littérature spécialisée montrent à divers titres que les soins psychiatriques actuels en Suisse – vus sous l'angle des moyens financiers engagés et des structures en place – mettent encore trop d'accent sur l'élément hospitalier, c'est-à-dire résidentiel (les exceptions confirment la règle).

Lorsque le nombre de lits plus élevé par rapport à d'autres systèmes de santé est occupé, on peut l'expliquer par la loi dite de Roemer indiquant qu'un lit offert est automatiquement occupé.

Sur la base d'ouvrages publiés, on peut aussi interpréter cet état de fait par le déficit encore existant de structures et de processus de prévention, de suivi au niveau local ou d'intervention en cas de crise qui auraient permis d'éviter une partie des hospitalisations.

S'agissant des structures et des processus, on part de l'hypothèse que, dans maintes régions, on manque aussi bien de places en soins ambulatoires que d'équipes affectées à la prise en charge de malades psychiques dans leur environnement familial (assertive community treatment). Les interventions en cas de crise paraissent encore trop souvent se concentrer sur les cliniques psychiatriques, alors que les processus de réadaptation ne peuvent pas encore être aménagés de manière suffisamment complexe en termes de psychiatrie (en raison de multiples écueils). En particulier, s'agissant des caractéristiques multiples de la réadaptation (qui, contrairement à la médecine somatique, ne suivent pas systématiquement la phase aiguë), les dispositions de la LAI ne devraient pas créer beaucoup de conditions appropriées en psychiatrie.

Le mandat consistant à réduire le nombre de lits coûteux dans les cliniques psychiatriques ne signifie toutefois en aucun cas une compression radicale d'offres hospitalières (également protectrices). L'OMS EURO postule une approche "Soins et services équilibrés" (Balanced Care)⁶. "Les soins et services équilibrés sont essentiellement des soins et des services de proximité, mais les hôpitaux jouent un important rôle complémentaire. En d'autres termes, les services de santé mentale sont fournis dans des lieux proches de la population desservie et les séjours à l'hôpital sont aussi courts que possible, sont organisés rapidement et n'ont lieu que lorsque cela est nécessaire."

⁶ OMS EURO, Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité? OMS EURO, Copenhague, août 2003.

D'où le constat important suivant au niveau de la planification: "Des analyses de coût-efficacité sur la désinstitutionnalisation et les équipes de santé mentale de proximité ont démontré que la qualité des soins est étroitement liée aux dépenses. Les services de santé mentale de proximité coûtent généralement autant que les services hospitaliers qu'ils remplacent."

La Région européenne de l'OMS regroupe des pays à forte capacité financière et des pays moins riches. Pour cette raison, l'OMS doit émettre ses recommandations échelonnées selon les ressources dont disposent les pays membres. Le texte applicable à la Suisse est le suivant: "(...) les pays à ressources élevées devraient (...) fournir des soins et des services plus différenciés, tels que ceux dispensés par les cliniques de soins ambulatoires spécialisés et les équipes spécialisées de santé mentale de proximité, garantir un suivi intensif au niveau local [Assertive Community Treatment (ACT)] ainsi que des alternatives aux soins dispensés aux patients hospitalisés en phase aiguë, un large éventail de ressources résidentielles et d'hébergement protégé offrant des services de proximité à long terme et un large éventail de modalités de réadaptation professionnelle."

4.1.2 Buts de la planification

Buts poursuivis à long terme

Actuellement, dans le système de santé publique, il est consacré par canton entre deux tiers et quatre cinquièmes des moyens investis dans le canton à la prise en charge hospitalière. Dans la perspective des démarches futures, il s'agirait de considérer que plus de la moitié des ressources publiques affectées à des mesures de prévention, de prise en charge à domicile et de réadaptation dans l'ambulatoire, à la présence psychiatrique dans le système de santé en général et aux prestations à des tiers, le sont dans le cadre d'une prise en charge intégrée.

Une réduction de l'offre de lits dans la psychiatrie d'adultes semble possible à moyen et à long terme. Des comparaisons avec d'autres pays européens le suggèrent également (cf. chapitre 8.2 „Comparaison avec d'autres pays européens“). On présuppose pour une réduction une structuration minutieuse du domaine semi-hospitalier et ambulatoire. Si certaines prestations sont fournies par un canton pour un concordat cantonal, comme cela est prévu dans le canton de Genève en forensique (projet Curabilis), le nombre de lits dans ce canton est naturellement plus élevé. Les programmes-modèles doivent en outre démontrer le caractère approprié et l'économicité des nouvelles structures de prise en charge et leurs répercussions sur la sécurité de la prise en charge.

Au regard de la réduction à viser du nombre de lits, il faut expliquer aux instances de normalisation que l'occupation moyenne de lits peut aussi descendre en dessous de

90%. L'un des défis les plus considérables tient au fait que le nombre des admissions ne diminuera peut-être pas, contrairement à la durée des séjours respectifs. Il s'en suit des pointes tout comme – en comparaison avec le passé – des sous-occupations. Les cliniques doivent fondamentalement être en mesure d'effectuer un travail de qualité également lors de pointes de demande.

Concernant l'efficience et l'efficacité des prestations, des défis économiques importants s'en suivent à maints égards car l'effectif du personnel ne peut pas toujours être adapté aux pointes d'occupation. Si des cliniques trouvent en la matière des solutions innovantes, les cantons devraient être prêts à soutenir ces solutions en dehors des restrictions budgétaires.

A moyen terme, les services psychiatriques d'un secteur ou d'une région devraient être atteignables pour 90% de cette population dans les 30 minutes par les moyens de transport publics. Des indices suffisamment nombreux montrent que, s'agissant des grands malades, les interruptions de traitement augmentent proportionnellement à la distance par rapport aux prestataires.

Dans le cadre de modèles de soins appropriés, les psychiatres établis doivent être gagnés à l'idée de conventions concernant la „prise en charge intégrée“ conclues par l'institution investie des soins de base en psychiatrie. Leur collaboration à la fourniture de prestations ambulatoires, dans un hôpital de soins aigus, en prévention secondaire et en réadaptation doit ainsi être garantie (Voir la définition des soins de base sous 8.3 « Description de la prise en charge de base par la psychiatrie publique ») – ceci à nouveau dans le cadre de programmes-modèles.

Dans les régions sous-dotées en soins psychiatriques, il faut en premier lieu renforcer les services ambulatoires. Si l'on ne peut remédier de cette manière à l'insuffisance des soins psychiatriques, l'institution investie des soins de base en psychiatrie devra conclure des conventions de prise en charge intégrée avec des médecins de premier recours. (Les dépenses occasionnées à cet effet seront budgétisées par les contributions financières des cantons aux soins psychiatriques publics. Il s'agira de faire en sorte que les assureurs s'acquittent de la moitié.)

L'institution investie des soins de base en psychiatrie devra s'employer à développer de manière intensive la possibilité de déléguer la psychothérapie par l'intermédiaire d'engagements à temps partiel de spécialistes correspondants dans les soins ambulatoires.

Objectifs s'appliquant à la période de planification actuelle (illustrations)

- Les soins ambulatoires doivent être développés de manière à disposer de structures efficaces en termes de prévention, de suivi au niveau local, d'intervention en cas de crise et de réadaptation.

- Avec une équipe mobile par secteur au minimum, il y a lieu de garantir, au sens d'un programme-modèle, le traitement et la prise en charge des malades psychiques dans un cadre sédentaire.
- La présence de la psychiatrie dans le système global de la santé doit être renforcée à trois niveaux:
 - a) l'intervention en cas de crise et la prévention secondaire devront être offertes, 24 heures sur 24, par un hôpital de soins aigus aux groupes de population dont le lieu de résidence est situé à plus de 30 minutes (par les transports publics) d'une clinique psychiatrique;
 - b) les liens institutionnels du centre psychiatrique avec des institutions de réadaptation au long cours, l'insertion professionnelle et les institutions de l'AI ainsi qu'avec l'assistance aux alcooliques doivent être renforcés de manière substantielle (le mandat de prestation en fixera les détails);
 - c) les psychiatres et les médecins de premier recours établis se verront offrir par l'institution en charge des soins de base en psychiatrie des conventions relatives à une "prise en charge intégrée". Par prise en charge intégrée, on entend un acte contractuel conclu avec des médecins établis qui sont impliqués dans le suivi du traitement encore durant l'hospitalisation du patient.

4.2 Bases de planification

4.2.1 Evaluer annuellement les données de la statistique médicale

La *statistique médicale des hôpitaux* est précieuse pour l'analyse des patients traités en milieu hospitalier et pour mettre en évidence divers aspects du recours aux soins médicaux (voir à ce propos la 3^e étape du modèle de planification).

Une comparaison avec les cliniques extracantoniales montre par exemple quelles sont les durées d'hospitalisation pour les patients d'un groupe diagnostique (p. ex. F2 Schizophrénie ou F3 Troubles affectifs). Cette comparaison effectuée, il faudra bien sûr dûment tenir compte des réadmissions lors de l'analyse.

4.2.2 Favoriser la comparaison systématique, sur le plan intercantonal, des données relatives à la prise en charge

En règle générale, les bases de planification concernant les soins hospitaliers et ambulatoires n'ont un caractère informatif qu'au niveau de son propre bassin d'influence (offre de lits, utilisation des capacités, nombre de consultations du service socio-psychiatrique, diagnostics, etc.). Très souvent, on ne dispose pas en l'occurrence des caractéristiques importantes des patients et de leurs curriculums en relation avec les données statistiques d'une offre de soins.

L'Observatoire suisse de la santé fournit une foule d'informations précieuses. Il ne peut toutefois que traiter les données qui lui sont fournies par les cliniques et les services psychiatriques.

Vu la charge de travail, il est irresponsable que chaque canton reçoive et traite des données comparatives en provenance d'autres cantons. Puisque les soins ambulatoires seront à l'avenir davantage encouragés, il y a lieu de constituer pour ce domaine des agrégats de données adéquats en lien avec la planification. Mais cela n'est réalisable que moyennant une collaboration entre plusieurs cantons, étant donné que la production de données aptes à être reconnues exige en particulier une discussion à grande échelle.

4.2.3 Examiner les bases de planifications étrangères

La consultation de bases de planification étrangères est importante parce qu'elle permet une discussion approfondie des particularités de la Suisse (p. ex. le financement) sous un autre angle. Des bases de planification sélectionnées en provenance de l'étranger permettent aussi de constater quels sont les efforts accomplis dans le domaine de la planification dont l'observation sera avantageuse pour la démarche stratégique dans son propre canton (cf. à ce sujet également le chapitre 8.2 „Comparaison avec d'autres pays européens“).

Deux remarques à ce propos: dans la Province du Québec, on vise à réduire l'offre de lits en clinique psychiatrique à 2 pour 10'000 habitants⁷. Dans le Bundesland de la Basse-Autriche, 3,5 lits pour 10'000 habitants devraient suffire. Mais on y ajoute les lits de clinique et les places relevant de l'offre ambulatoire; de ce fait, on renonce à la notion de nombre de lits pour 10'000 habitants⁸.

4.2.4 Obtenir avec la collaboration de l'Office fédéral des assurances sociales des données plus significatives pour les soins psychiatriques

Les informations de l'OFAS concernant l'AI (*statistique AI 2004*) ne sont guère pertinentes pour la planification de la psychiatrie. En particulier, on n'a pas (encore) pu savoir quels sont les groupes de patients qui bénéficient d'une assistance dans la promotion et le soutien professionnels, les centres de réadaptation, les résidences pour handicapés et les ateliers. Étant donné que les interfaces dans l'AI revêtent une importance considérable pour l'organisation des soins psychiatriques, il faudra se mettre en quête avec l'OFAS d'informations relatives à la planification.

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Québec 2005 (rubrique Documentation, section Publication, www.msss.gouv.qc.ca).

⁸ H. Katschnig et al., Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995, Wien 2003. <http://cms.noegus.at/images/noepsy03-kurz-end.pdf>

4.2.5 Faciliter la comparaison des données sur les internements forcés

L'Obsan a montré dans sa publication "*Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz, Neuchâtel, août 2004*" que l'élaboration de données pouvaient aussi revêtir une grande importance en matière de planification pour un segment des soins psychiatriques, dans la mesure où le taux des entrées involontaires (privation de liberté à des fins d'assistance et d'autres entrées involontaires) en clinique psychiatrique varie significativement d'un canton à l'autre. Dans une planification de l'offre de soins résidentiels, on ne saurait ignorer un taux de privation de liberté à des fins d'assistance d'environ 20% des entrées. (Dans la dimension de planification stratégique, les cantons concernés devront à tout le moins également analyser les causes de ce taux relativement élevé et, si cela s'avère indiqué, modifier le processus d'internement par le biais d'une privation de liberté à des fins d'assistance.)

Il devrait encore exister tout un faisceau d'enregistrements qui pourraient s'avérer utiles pour une planification approfondie dans l'ensemble du domaine des soins psychiatriques. Ils ne sont toutefois pas encore liés à la fourniture des soins psychiatriques! Il est question ici d'informations sur le soutien financier (bénéficiaires de rentes AI en traitement psychiatrique, bénéficiaires de prestations complémentaires, prestations d'aide sociale, etc.). Pour la CDS, il ne serait guère judicieux de vouloir prescrire les informations dont il s'agit de tenir compte en matière de planification. La prévalence sera toujours donnée à l'intérêt à planifier d'un canton et à celui des prestataires de soins psychiatriques.

4.3 Exposé de la situation actuelle

4.3.1 Evaluations statistiques à connotation pratique

Les systèmes d'évaluation GS_bG et CCS-CH mentionnés dans le *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations* (pp. 31 à 33) sont aussi applicables à la planification de la psychiatrie. Les comparaisons des données d'une ou de plusieurs cliniques psychiatriques avec celles des autres cliniques du canton retiennent ici tout spécialement l'attention.

On dispose ici de riches informations qui devraient permettre de mener un dialogue approfondi entre représentants des instances politiques et les responsables opérationnels. Pour les raisons suivantes, un tel dialogue revêt une importance particulière:

- a) l'intervention d'acteurs au niveau opérationnel est indispensable pour mettre en œuvre les prescriptions relevant de la politique d'approvisionnement;
- b) le développement à long terme des soins psychiatriques exige des changements professionnels pour une grande part des collaborateurs. La participation de ces derniers en cas de changements devrait influencer favorablement leur engagement;

- c) l'évaluation critique de la réalisation des objectifs respectifs est sensiblement plus sûre en cas de participation à la formulation des objectifs opérationnels.

Les deux systèmes peuvent dès lors constituer une base de discussion sur l'engagement des ressources dans les institutions résidentielles d'un canton comparé aux prestataires extracantonaux. L'analyse de données de ce type offre une bonne base pour satisfaire au principe de recherche d'efficacité et d'économicité.

Puisque les choses ont fortement bougé dans les cantons en termes de soins psychiatriques, on recommandera de produire et d'évaluer les données rétrospectivement (remontant à 3 ans au moins). Pour les instances cantonales, l'interprétation de l'évolution évoquée dans les soins psychiatriques est importante, car, lors d'intervalles de planification rapprochés, il s'agit souvent d'adopter de nouveaux développements au lieu d'agender des «nouveautés» et, outre l'intérêt qu'ils suscitent pour les prestataires, d'attester les changements et les tendances qu'ils impliquent.

4.3.2 Identifier les flux de patients

En comparaison de la planification hospitalière en médecine somatique, il n'y a actuellement aucun intérêt à entreprendre une répartition par niveaux de prise en charge. En revanche, il s'agira d'indiquer quelles sont les offres spéciales qu'un canton ou plusieurs d'entre eux sont appelés à proposer (p. ex. unité de psychothérapie ou prestations psychiatriques spécialisées en faveur de groupes de migrants).

La démonstration des flux de patients dans les bassins de couverture respectifs revêt dès lors une importance primordiale. En l'occurrence, il s'agit avant tout de définir les prestations fournies en région périphérique (située à plus d'une demi-heure de trajet en empruntant les transports publics).

Ainsi, on pourrait déterminer si des hôpitaux de soins aigus situés à une certaine distance d'une clinique psychiatrique attestent un nombre nettement plus important d'hospitalisations pour cause de maladie psychique ou d'une co-morbidité de même type que des hôpitaux plus proches. Tout comme il s'agira de déterminer, lors de futurs travaux, quelles sont les maladies psychiques actuellement déjà traitées en hôpital de soins aigus (ce qui ne signifie absolument pas que ces traitements soient exclus d'un hôpital de soins aigus).

4.3.3 Questionner d'autres prestataires

Les difficultés rencontrées pour obtenir des informations en matière de planification dans ce domaine pourraient être en partie compensées par des analyses qualitatives. Il est recommandé de consulter de manière conséquente des médecins établis (médecins de premier recours et médecins spécialistes) et des personnes-clés œuvrant dans

le contexte de la psychiatrie (en particulier les services sociaux, les autorités de la prévoyance sociale, etc.) sur les problèmes liés aux soins psychiatriques.

Si ces modalités d'obtention de l'information sont maintenues dans un cadre méthodologique exigeant par-delà plusieurs périodes de planification, il en résulte bien plus qu'un "feedback" ou un "questionnement de clients".

Une planification différenciée de prestations psychiatriques exige l'inclusion d'un nombre plus grand de milieux concernés (organisations, institutions, certains prestataires, etc.) qu'une planification des soins hospitaliers aigus. Si l'on donne à la majorité des prestataires la chance de participer loyalement aux décisions en matière de planification, la probabilité que les stratégies de changement soient acceptées ira alors grandissant. Si tel n'est pas le cas, il faudra alors rechercher les obstacles, les problèmes ou les difficultés lors de la prochaine étape de planification (ou lors de la planification d'éléments de prestations modifiées).

4.4 Evaluation de l'offre actuelle

4.4.1 Détermination d'une occupation inadéquate des lits

Etant donné l'importance que revêt la compression du nombre de lits dans les cliniques psychiatriques, il apparaît presque indispensable que l'on s'enquière de l'ampleur d'une occupation inadéquate des lits. En Suisse alémanique, il existe à ce sujet une analyse que la Direction de la santé publique du canton de Zurich a commandée, intitulée *"Eignung des aktuellen Behandlungssettings für die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Ergebnisse einer Stichtagserhebung"* (Zurich, septembre 2002).

Tout comme dans les soins somatiques, on dispose aussi de l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) et du "Nottingham Acute Beds Use Survey (NABUS)" dans l'édition traitant de la psychiatrie. Il est recommandé de mettre en œuvre successivement les deux instruments sur une période de dix-huit à trente-six mois.

La conception appliquée dans le canton de Zurich (mais non pas l'AEP et NABUS) peut également servir dans l'ambulatoire. S'agissant de la fourniture de prestations ambulatoires, il convient d'ailleurs de préciser qu'une conception judicieuse, dont les objectifs ont été rendus mesurables et qui décrit de manière suffisamment précise la patientèle, constitue une base suffisamment solide pour l'évaluation.

Il semble incontesté que certains éléments de prestations psychiatriques font toujours partie de l'offre psychiatrique (normale) sans être soumis à un examen périodique. Baer, Cahn et al. ont constaté cet état de fait comme suit: "Certains domaines de prise en charge psychiatrique sont nés et ont été développés en étant fortement influencés

par la pratique, sans aucune évaluation systématique et scientifique d'alternatives" (rapport du groupe ad hoc "Structures de prise en charge psychiatrique", p. 46). Or cet état de fait est inacceptable non seulement au regard de la planification faisant l'objet d'un mandat légal, mais aussi du fait que l'on se trouve en présence d'une défaillance opérationnelle grave et plus particulièrement stratégique.

4.4.2 Analyse approfondie du recours aux prestations offertes

Les liens entre prestations hospitalières et ambulatoires seront analysés systématiquement. Des indices sont énoncés dans la conception plus générale du Case Management sur la manière de procéder sans devoir pour autant constituer un propre "registre des cas". L'exemple du canton de Berne durant la décennie écoulée montre que le sujet est d'actualité: bien que les différentes régions comportent cinq centres psychiatriques, la plupart des patients hospitalisés ne paraissent guère avoir été en contact avec ces mêmes prestataires.

Il est fort probable que les différentes situations qui se présentent soient plus complexes qu'un simple contact personnel entre patients et collaborateurs des cliniques. Il s'agirait à l'évidence d'interroger le "réseau d'assistance" (médecins établis, services sociaux, etc.) sur les motifs, et en présence de quelles maladies ou groupes de personnes, pour lesquels il a été renoncé à inclure les centres d'appui.

4.4.3 Implication des prestataires en dehors du réseau de la psychiatrie publique

Lors de la présentation de l'offre actuelle, on peut également tirer de précieux enseignements des analyses qualitatives. On s'en remettra là encore à des experts externes: les médecins établis (psychiatres ou médecins de premier recours), les collaboratrices et collaborateurs des services sociaux et les personnes-clés sont en mesure de démontrer où devraient se situer les points forts et les faiblesses des prestations actuelles.

On manque à ce jour en Suisse d'enquêtes systématiques. En planification de la psychiatrie, il semble là aussi que l'on n'ait pas fait appel systématiquement à des experts externes (en constitue une exception l'élaboration de la planification subséquente II dans le cadre de la conception de la psychiatrie du canton de Bâle-Campagne, à laquelle prirent part six groupes de planification spéciaux).

Afin que de telles analyses qualitatives puissent se transformer en de véritables appréciations d'experts, l'on a impérativement besoin d'un relevé informatif fondé du point de vue des sciences sociales. Pour la plupart d'entre eux, les pourvoyeurs de renseignements devront également s'initier à leur nouveau rôle. Dans ce but, le meilleur moyen serait qu'ils remettent en question régulièrement (chaque année) leurs appréciations,

s'assurent que leurs consultations d'experts ont porté leurs fruits comme on l'attendait et que d'éventuelles mutations ont été communiquées. L'évaluation des structures d'offre prend donc de cette manière une tout autre signification que celle effectuée jusqu'ici.

4.4.4 Evaluation en tant qu' "apprentissage réfléchi"

Pour une part substantielle de l'"analyse structurelle", l'initiative des prestataires est d'une importance primordiale. Il serait en effet prometteur que les groupes impliqués des prestataires s'assignent des objectifs, par exemple en matière de décroisement, qu'ils initient les réformes (partielles) nécessaires et fixent des critères pour en mesurer le succès ou l'échec. Le nouvel arrangement sera ensuite évalué à l'expiration d'une période suffisamment longue.

L'évaluation en relation avec la planification hospitalière sollicitée à plusieurs reprises déjà par le Conseil fédéral prend une signification différente, fût-elle en rapport avec les prestations hospitalières ou ambulatoires. En règle générale, les mandats concernent des études d'évaluation formatives ou sommatives qui sont le mieux à même d'influencer la suite des travaux si elles sont axées sur l'application.

Bien que les soins psychiatriques se distinguent aussi par des éléments basés sur des données probantes, il s'agit dans ce domaine, plus volontiers qu'en médecine somatique, d'acquérir une grande partie du savoir-faire par la voie empirique au risque de commettre des erreurs. En ce sens on se fixera pour objectifs dans la plupart des cantons d'abord l'"apprentissage réfléchi" et, dans des cas exceptionnels seulement, des projets de recherche.

4.5 Pronostics des futurs besoins en prestations

4.5.1 Pronostic sur la base du statu quo

Des valeurs épidémiologiques n'apparaissent guère indiquées pour pronostiquer le futur besoin en prestations, et cela pour les raisons suivantes:

- a) La pertinence pour la planification d'informations épidémiologiques sur un grand nombre de troubles psychiques est modeste, étant donné que les prévalences ne permettent très souvent aucun pronostic d'une certaine fiabilité pour le recours aux prestations.
- b) Même si une clé généralement reconnue était acceptée pour l'application des prévalences dans les pronostics sur le recours aux prestations, on ne pourrait transposer d'une manière générale les taux d'incidence et de prévalence déterminés sur la base d'un grand nombre de sujets à l'offre d'un canton particulier (en constituent peut-être des exceptions les cantons à forte densité démographique).

- c) Des études épidémiologiques fiables dans le domaine de la psychiatrie sont onéreuses. La procédure recommandée ci-après et la préparation minutieuse (mais aussi l'évaluation!) des diagnostics n'attestent qu'une fraction des coûts occasionnés.

Les indications qui précèdent ne signifient naturellement pas que, dans une planification, les informations issues d'études épidémiologiques sont dépourvues de pertinence. Mais, pour la planification psychiatrique mandatée, il ne faut également pas effectuer de relevés épidémiologiques en plus du large champ des données à traiter dans le canton ou la région à planifier.

Cette procédure est aussi admissible lorsque l'épidémiologie laisse apparaître des "faits rigoureux". Ainsi, l'évolution démographique permet par exemple d'estimer de manière relativement fiable le nombre de personnes atteintes d'une affection cérébrale. Pour autant, on ne peut que difficilement prédire combien de ces malades se verront affectés d'un trouble comportemental nécessitant un traitement psychiatrique.

Toutefois, l'on se retrouve à un niveau complètement différent lorsqu'il s'agit de prendre une décision politique en matière de prise en charge, p.ex. développer l'examen des troubles démentiels (par la psychiatrie), accorder aux établissements médico-sociaux un soutien psychiatrique ou encore faciliter aux services d'aide et de soins à domicile d'un canton l'accès aux soins psychiatriques.

4.5.2 Peu de facteurs à connotation causale pour déterminer l'offre

Les facteurs sociaux et économiques influencent les soins psychiatriques. Toutefois, on ne peut démontrer une relation causale qu'à titre exceptionnel: une croissance macroéconomique minimale et un chômage structurel prononcé compliquent certainement la réintégration professionnelle. En revanche, d'autres phénomènes relevant de la statistique sociale n'ont pu être mis en évidence dans nos régions comme présentant une relation causale avec les soins psychiatriques (on pense ici au nombre croissant de personnes seules, par exemple).

La tendance séculaire du recours croissant aux soins psychiatriques n'a jusqu'à présent pu être démontrée de manière satisfaisante. La nouvelle méthode diagnostique (DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a eu un impact, la "psychiatisation" des comportements sociaux indésirables ou l'intervention de l'ethnopsychiatrie auprès de certains groupes d'immigrés ont, entre autres, éventuellement aussi exercé une influence. Mais on peut sans doute ajouter une nouvelle approche de la psychiatrie en tant que discipline médicale (moins de barrières pour y avoir recours), ce que l'on peut aussi considérer comme positif dans ce segment de la santé publique.

S'agissant de l'extension de l'offre psychiatrique, il y aurait lieu de tenir compte de l'intervention de la psychiatrie (publique) elle-même. L'évolution allant du caractère

conservateur, établi certes de longue date, de l'encadrement de certaines catégories de patients jusqu'aux recommandations du groupe ad hoc "Offres de soins psychiatriques intégrés" conforte cette hypothèse.

4.5.3 Apprendre d'autres cantons et de l'étranger

Alors que le renoncement aux véritables pronostics pour une période de quatre ans paraît acceptable, la planification stratégique devrait reposer sur des fondements admissibles et plus transparents. Il est proposé de recourir à des analyses et bases de planification étrangères pour établir une planification stratégique. La stratégie se verrait alors conférer une sorte de méta-niveau: au cours des années à venir, il s'agira pour la plupart des cantons de tirer des enseignements des différentes démarches vers le changement (évaluation!), de manière à pouvoir formuler ensuite en commun une stratégie au long cours.

En d'autres termes: l'expérience pratique (également acquise dans la planification opérationnelle) doit générer, à travers des programmes-modèles ou d'évaluations mandatées dans chaque cas, un savoir qui permette de transformer progressivement la stratégie encore relativement vague du début en une contrainte pour les périodes de planification à venir.

Les éléments de planification étrangers ne sont guère transposables directement aux conditions cantonales. Mais ils n'en montrent pas moins dans quelles conditions, avec quels moyens et avec quelles conséquences et pour quels groupes de patients, telle ou telle démarche s'est avérée plus ou moins fructueuse. En ce sens ils peuvent stimuler les approches en matière de planification. (Le fait que la démarche scientifique ne laisse que peu de chances de communiquer des essais avortés est un autre problème.)

4.6 Situation finale souhaitée

4.6.1 Le secteur comme base de la fourniture des prestations

Les soins de base (cf. chapitre 8.3) ou du moins la plus grande partie de cet ensemble de prestations devront être dispensés dans l'unité d'organisation "secteur". Le secteur est la plus petite unité d'organisation de la fourniture des prestations.

La taille de la population d'un secteur desservi dépend de la densité démographique et des particularités du canton. Ces particularités renferment un grand nombre de spécificités dépendant de la langue (Haut-Valais), d'un fait géographique (Grand-Bâle, Petit-Bâle), de la répartition démographique (Lucerne-Ville, Lucerne-Campagne), etc.

Dans ces conditions il est difficile de déterminer des valeurs normatives par secteur (c.-à-d. nombre d'habitants par secteur) valables pour tous les cantons. En règle générale, un nombre nettement supérieur à 100'000 habitants par secteur devrait être inadéquat pour obtenir des valeurs prédéterminées par la politique de la psychiatrie (en particulier quant aux soins de proximité, à la non-stigmatisation, à la prise en compte de la situation sociale, à l'orientation personnelle et à l'intervention en réseau).

Outre de nombreux avantages, les structures desservant une population relativement réduite ont certainement l'inconvénient qu'il leur manque pour certaines tâches des spécialistes (collaborateurs avec un savoir spécial et/ou une expérience approfondie du traitement de certains malades déterminés). Dans cette perspective, il faut bien se rendre compte qu'une structuration en secteurs et régions, moyennant une collaboration organisée systématiquement, est de nature à favoriser l'efficacité et l'efficacé. Bien entendu l'économicité ne devra pas être négligée. Mais, en psychiatrie, les tâches de coordination nécessaires sont forcément assez lourdes.

4.6.2 La région en tant qu'unité de prestations coiffant un secteur

Une région comprend deux ou même trois secteurs. Bien que chaque secteur dispose d'un effectif de lits (en particulier pour l'intervention en cas de crise), la région est en règle générale le niveau auquel incombe un devoir d'admission illimité. Un exemple issu de la Suisse centrale suffit à illustrer le propos: les cantons d'Uri, de Schwyz et de Zoug constituent chacun un secteur (Schwyz visant à la création de deux secteurs). Ensemble ils constituent alors ce qu'il est convenu d'appeler une région de psychiatrie, laquelle existe déjà à travers le concordat.

En psychiatrie, pour certains cantons (p. ex. Schaffhouse), le niveau de la région coïncide avec le territoire cantonal. Dans les cantons de Berne, Vaud et Zurich tout au moins, on compte plusieurs régions au niveau du canton.

La fourniture de prestations à deux ou trois niveaux sert en premier lieu à satisfaire la maxime de la proximité des soins. Mais le critère d'économie ne sera pas négligé pour autant.

En règle générale, un secteur ne peut remplir seul toutes les tâches allant au-delà du niveau des soins de base. Une importance primordiale revient dès lors à une répartition des tâches équilibrée (par les mandats de prestations du secteur respectif), à l'optimisation de la collaboration (par les mandats de prestations des régions) et au soutien mutuel.

Quantifier les prestations et les attribuer à des niveaux de prestations différents (prise en charge de base et élargie) n'est actuellement pas possible.

Lors de cette phase de planification, il devrait aussi être possible de ranger par catégories des tâches spéciales qui devront être accomplies en partie au niveau intercantonal (psychiatrie en milieu forensique, familles à problèmes multiples, etc.).

4.6.3 Eviter de se focaliser sur la partie hospitalière de la prise en charge

Pour les périodes de planification à venir, la fermeture de cliniques psychiatriques constituera une grande exception au niveau suisse. La fermeture d'unités hospitalières n'est d'ailleurs pas un but principal, la radiation de la liste des hôpitaux pouvant certes demeurer une conséquence des directives en matière de politique de santé et financière.

Le but prioritaire est d'éliminer des faiblesses, présumées ou manifestes, dans la fourniture de prestations actuelle, dont l'art. 32 LAMal constitue le critère. Etant donné que certaines de ces faiblesses sont probablement à mettre en relation avec la position souvent encore prédominante des cliniques psychiatriques dans le contexte des prestations dans leur ensemble, il y a lieu de maintenir le cap suivant (certes superficiel!) dans la fixation de la situation finale souhaitée: en planification s'applique comme maxime une focalisation systématique sur les besoins des patients. Cette maxime devra se traduire par des normes, pour la plupart vérifiables (sans qu'il en résulte pour autant une charge bureaucratique).

Comme fil conducteur de la planification, il convient de faire en sorte que l'allocation des deniers publics ne s'inscrive pas dans le prolongement du statu quo, en y apportant éventuellement des modifications minimales. Et si, malgré tous les efforts de développement et de consolidation d'éléments de prestations ne relevant pas directement des prestataires hospitaliers, il leur restait tout de même une bonne moitié des finances cantonales, il s'agirait alors d'envisager des options afin d'atténuer une focalisation sur les prestataires hospitaliers ou les cliniques.

Une dissociation d'éléments de prestations hospitalières mériterait d'être examinée. Il est impératif de mener la réflexion selon laquelle des secteurs dénués de clinique psychiatrique (mais il est fort probable que la région de psychiatrie supérieure en possède une) "achètent" des séjours hospitaliers avec les moyens du secteur. D'un autre côté, la continuité visée de la prise en charge ne doit en aucun cas être perturbée par de telles réorganisations de gestion.

On mettra toutefois en garde contre une attribution, pour des raisons de cosmétique budgétaire, d'éléments de prestations à de nouveaux organismes responsables. La vision d'ensemble revêt en effet une grande importance dans les soins psychiatriques.

Sans se livrer à une énumération exhaustive des options destinées à réduire une focalisation potentielle sur les cliniques, il s'agirait aussi d'examiner la variante selon laquel-

le une part (légèrement) progressive des charges attendues d'une partie des journées d'hospitalisation serait affectée par la clinique psychiatrique, à partir d'une nouvelle période de financement, à un secteur déterminé pour développer ses prestations⁹ (en guise d'illustration: 7% des charges la première année pour les journées d'hospitalisation résultant jusque-là de patients du secteur concerné, 10% la deuxième année et 15% la troisième).

En outre, on pourrait discuter d'un modèle anglais éprouvé depuis longtemps qui consiste à déterminer s'il serait possible d'attribuer à une région comptant deux secteurs au moins un budget global incluant les prestations attendues des assureurs qui permette de couvrir à l'avenir toutes les prestations (résidentielles et ambulatoires – pour établir aussi de cette façon l'obligation commune de prestations). Or un tel projet-type n'aurait la pertinence nécessaire que si des projets-types identiques ou similaires étaient également mis en œuvre dans d'autres régions, les facteurs qui influencent l'affectation des ressources ne pouvant souvent être modifiés à court terme qu'à la faveur d'une procédure par étapes. Dans la plupart des régions de Suisse, il est toutefois exclu de brûler les étapes. Afin d'être moins dépendant des conditions conservatrices locales, on insistera une fois de plus pour que soient initiés en matière financière plusieurs projets-types à la fois.

4.6.4 Responsabilité commune avec les assureurs

Il se peut que l'affirmation "Les structures de prise en charge existantes sont un reflet des réformes de financement en cours" (Zechmeister et Osterle, dans *Psychiatrische Praxis*, vol. 31, 2004, p. 184) soit un peu trop concrète en raison de l'utilisation du terme "reflet". Mais il n'en demeure pas moins que le financement a également des répercussions sur ce segment des prestations de soins. Il est ainsi établi que ce facteur d'influence sera largement pris en compte lors de l'élaboration de variantes visant à déterminer la situation finale souhaitée.

Les assureurs devront s'impliquer bien davantage dans l'élaboration de la planification psychiatrique que dans la prise en charge somatique aiguë en milieu hospitalier. Il ne s'agit en l'occurrence pas seulement de mettre à profit le savoir-faire spécifique et de promouvoir la créativité en matière de politique financière. En effet, vu l'importance particulière susceptible de revenir aux modalités de financement dans les moments difficiles d'une réorientation réfléchie, il faudrait envisager une responsabilité partagée à tout le moins durant cette étape de la conception future.

⁹ p.ex.: Ch. Roick et al., *Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen*, dans: *Psychiatrische Praxis*, vol. 32, 2005, p. 177-184.

Les assureurs sont consultés lorsque quelque chose de fondamentalement nouveau est envisagé dans le système de financement. On pense ici par exemple au budget global dans le cadre de modèles d'essais.

4.7 Elaboration de variantes de prise en charge

Le principal critère politique conclu, comme on vient de le voir, par l'instance supérieure concerne l'orientation générale de la fourniture des prestations psychiatriques dans un éventail compris entre "socialement juste" et "utilitariste" (W. Rössler¹⁰). Il s'agit ici de savoir s'il faut donner la priorité à une couverture psychiatrique à large spectre s'étendant à l'ensemble de la population plutôt qu'au maintien de l'acquis ou au développement de prestations en faveur de groupes particulièrement défavorisés (on pense ici notamment aux malades psychiques chroniques).

Dans les soins psychiatriques en milieu hospitalier, contrairement aux soins hospitaliers aigus, les nombres minimaux ne jouent pratiquement aucun rôle comme critère de la fourniture de prestations. Néanmoins, on ne saurait ignorer l'économicité des unités de prestations, même si elle ne revêt en aucun cas une importance primordiale.

En soins psychiatriques, les tâches de planification sont priorisées non pas d'abord en fonction de critères médicaux ou économiques. En effet, les critères géographiques doivent jouer un certain rôle, et les critères démographiques se limiter là où la gérontopsychiatrie ou la psychogériatrie ne s'est jusqu'ici guère implantée. En guise d'illustration, il est proposé les éléments suivants définis par le groupe ad hoc "Offres de soins psychiatriques intégrés":

- Suppression partielle de la psychiatrie hospitalière. 80% des places de patients que l'on estime mal aiguillés, mais au minimum 10% de l'ensemble des places disponibles en clinique, devront être supprimées au sens d'un processus d'apprentissage durant la 1^{re} phase de planification.
- Stricte mise en réseau et processus d'intégration d'institutions du domaine social dans la fourniture des soins psychiatriques.
- Dans le cadre de modèles de soins appropriés, des conventions devront être recherchées avec des psychiatres établis pour une "prise en charge intégrée". Le but est de faire soigner par ces médecins spécialistes, durant la 1^{re} période de planification, au moins un dixième des patients traités en médecine somatique et réadaptation.
- Dans les régions sous-dotées en soins psychiatriques, il faut en premier lieu renforcer les services ambulatoires. Si l'on ne peut remédier de cette manière à

¹⁰ W. Rössler, Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung?, dans: Nervenarzt, vol. 74, 2003, p. 552-560.

l'insuffisance des soins psychiatriques, un contact devra être établi avec les médecins de premier recours lors d'une prise en charge intégrée. Les coûts supplémentaires des soins prodigués par les médecins de premier recours devront être pris en charge (du moins durant la phase probatoire) pour moitié par le budget cantonal consacré à la psychiatrie et pour moitié par les assureurs.

- Implantation et exploitation d'une nouvelle unité de clinique de jour afin de décentraliser davantage la fourniture des prestations. Les buts, qui devront être rendus opérationnels par les prestataires, se concentreront aussi bien sur la réadaptation précoce que sur le traitement au stade aigu.

4.8 Convention relative aux prestations

Les remarques suivantes ne résultent pas de l'établissement de cet élément de planification dans le cadre du *Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations*. Il s'agit plutôt d'une illustration de solutions envisageables.

La Clinique psychiatrique N garantit la prise en charge de base pour ses deux secteurs. La prise en charge de base comprend le traitement et l'encadrement des malades psychiques adultes de toutes les couches de la population et de tous diagnostics, tant en situations de crise et en urgences que dans les cas chroniques, et coordonne, pilote et accompagne la réadaptation en collaboration avec tous les autres prestataires ou institutions impliqués.

S'agissant de l'organisation de la fourniture des prestations, la Clinique psychiatrique N se voit investie de toutes les prestations de la prise en charge de base et en particulier des tâches suivantes:

- Exploitation d'un service d'urgence et d'une unité d'intervention en cas de crise à l'Hôpital cantonal.
- Gestion d'une clinique de jour pour des soins aigus en dehors de la clinique et de la réadaptation.
- Pour le traitement au stade aigu et durant la réadaptation, la Clinique psychiatrique N met sur pied une équipe mobile pour le domaine de prise en charge V.
- L'Hôpital (somatique) S exploite en même temps une division géronto-psychiatrique ou psychogériatrique pour le traitement intensif de malades psychiques.
- Des conventions sont conclues avec tous les prestataires et institutions actifs dans la réadaptation et l'encadrement des patients psychiatriques concernant l'engagement du personnel de la clinique psychiatrique et la collaboration mutuelle au niveau du Case Management.
- Le pool du travail social de la Clinique psychiatrique N est aménagé de façon à garantir aux psychiatres et médecins de premier recours contractuels établis le

soutien en travail social et les interventions pertinentes qui risquent de donner le plus de travail aux partenaires.

- En relation avec les conditions qu'il reste à régler dans cette étape de planification en matière de garantie de la qualité selon la LAMal, on part du fait que les deux projets pilotes [restant à déterminer] et les études d'évaluation nécessaires au développement des soins psychiatriques exigent une charge de travail assez grande pour examiner le rapport entre la situation actuelle et la situation finale souhaitée. Pour cette raison, jusqu'à nouvel avis il n'existera aucun mandat de projet d'assurance qualité au sens étroit du terme.

4.9 Aménagement de la liste hospitalière

Voir à ce propos le point 5.9 du Guide pour la planification hospitalière liée aux prestations, p. 62 ss.

4.10 Fonction de contrôle du canton

- La fonction de contrôle d'un canton dans le champ de la prise en charge psychiatrique va, à moyen terme, se différencier de celle existant dans le domaine des soins hospitaliers somatiques aigus. La raison en est que la fourniture de prestations psychiatriques publiques va se trouver ces prochaines années dans une phase de transformation significative (le présent guide va dans ce sens). En période de changement, il est cependant particulièrement ardu de faire des comparaisons probantes dans le système des soins.
- Tandis que des comparaisons économiques dans les soins hospitaliers somatiques aigus pourront prochainement s'appuyer dans une proportion notable sur les DRG¹¹ (du moins les plus fréquents), il n'est en psychiatrie guère possible que des comparaisons sur la base de diagnostics ICD¹² servent dans un proche avenir directement à l'évaluation de l'économicité des fournisseurs de prestations. Les variances à l'intérieur des diagnostics F de l'ICD concernant le recours aux ressources sont plutôt grandes et deviennent plus grandes encore lorsque les structures dans les domaines ambulatoires et semi-hospitaliers sont modifiées, ce qui constitue un argument majeur contre l'introduction de DRG dans la psychiatrie.
- Mais les indications qui précèdent ne signifient pas que des tâches de contrôle échapperaient aux instances cantonales. Ces prochaines années, les cantons doivent être impliqués dans la conceptualisation de programmes-modèles et appren-

¹¹ Diagnosis Related Groups

¹² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems de l'OMS. Les diagnostics F désignent les troubles psychiques et du comportement.

dre à évaluer et à décider ensemble à quels conditions, structures et processus testés doivent répondre l'offre future (et le mandat de prestations).

- Les cantons sont également chargés d'évaluer les informations et données préparées par les fournisseurs de prestations relatives à la modification de l'offre. Si, dans la fourniture de prestations psychiatriques publiques, une substitution progressive à l'hospitalisation déjà observée en clinique a lieu, alors il faut accorder aux réactions des partenaires des domaines de la santé et du social une importance plus grande que jusqu'ici. Les interrogations rencontrées autrefois sur la „satisfaction“, par exemple, des médecins de famille doivent faire place à une analyse des structures, déroulements et résultats par les services d'aide et de soins à domicile, les médecins exerçant en cabinet, les services sociaux, les proches parents, etc. Au premier plan, un véritable re-engineering des prestations de l'ensemble du domaine doit donc être entrepris par groupes de patients.
- Les comparaisons entre les institutions à l'aide de prestations ne deviennent cependant pas superflues en conditions changeantes. Il faut toutefois chercher de façon plus intensive que jusqu'à présent des éléments de comparaison fiables. L'exemple suivant est une illustration de cette idée – et non une directive: dans la comparaison des prestations des cliniques psychiatriques, il s'agit (un calcul des coûts fiable est maintenant partout bien avancé) de déterminer pour la psychiatrie d'adultes, par des analyses de facteurs appropriées, quelles classes de grandeur de cliniques offrent la base de comparaison la plus significative. L'économicité de l'introduction d'infirmières et d'infirmiers diplômés devrait ensuite être évaluée par des comparaisons appropriées de la fourniture de prestations hospitalières.
- Des efforts sont à réaliser également au niveau supracantonal sur la manière de rendre compte des prestations de services semi-hospitalières et ambulatoires de telle sorte que des comparaisons sur plusieurs cantons donnent des résultats significatifs. L'un des indicateurs d'une focalisation actuellement sur les soins en clinique est que des données en ce domaine sont relevées dans deux statistiques fédérales – alors que pour les autres domaines de la fourniture de prestations psychiatriques, les données utilisables (le plus souvent non traitées) pour des comparaisons sont tout sauf complètes.
- Le changement progressif envisagé dans la prise en charge psychiatrique constitue également un défi important pour la fixation des tarifs. Il semble impossible, pour quelques années au moins, de maintenir à un niveau constant les dépenses pour la psychiatrie publique parce que tous les surcoûts liés au développement de nouvelles prestations ne peuvent être compensés par un investissement plus faible pour des tâches partiellement remplacées. Dans certaines régions de Suisse, une insuffisance des soins n'existe pas uniquement dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de sorte que les dépenses vont encore y croître. Par ailleurs, à plusieurs reprises, il a été scientifiquement démontré que des changements dans la

fourniture de prestations ont pour conséquence une certaine réduction de l'investissement financier.

- La fonction de contrôle d'un canton ces prochaines années ne devrait pas se manifester en premier lieu dans l'évaluation périodique de l'efficacité et de l'économicité des différents aspects de la fourniture de prestations. La participation aux changements ou du moins leur accompagnement sera plus essentiel. Il ne peut y avoir deux instances compétentes de mise en œuvre du savoir psychiatrique. Mais il s'agira plus fréquemment d'établir dans les règles de l'art des éléments de planification sur les gains de connaissances en efficacité et économicité.
- Les réflexions qui viennent d'être présentées parlent également en faveur d'une implication plus forte (du moins temporairement) des assureurs dans le développement de la fourniture de prestations psychiatriques. Leurs possibilités d'évaluer le développement des coûts dans un grand nombre de cantons devraient également favoriser le développement intracantonal, car une base de données plus large (p. ex. d'informations sur le développement de prestations psychiatriques chez les médecins exerçant en cabinet) peut apporter une utile vue d'ensemble.

5 Éléments de prestations psychiatriques spéciales

5.1 Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Les tâches dévolues à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comprennent davantage d'activités concernant d'autres instances que le domaine de la psychiatrie d'adultes. Il lui incombe en effet "d'importantes tâches liées à l'environnement familial, pédagogique et institutionnel"¹³. La proximité n'est pas seulement dans l'intérêt des enfants et des adolescents, elle est également nécessaire à des prestations efficaces. En revanche, les psychiatres d'enfants et d'adolescents en zone rurale et à fortiori dans des contrées à faible densité démographique ne sont pas nombreux.

L'occasion doit être donnée aux services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent d'offrir à des spécialistes établis des emplois à temps partiel pour accomplir des tâches cantonales, si cela favorise leur établissement dans une région sous-dotée.

Les structures partiellement différentes en termes de psychiatrie scolaire, de pédagogie curative, de pédagogie sociale et de psychiatrie infantile ne sont pas, à priori, jugées négatives. Entre autres, elles favorisent l'accès à des structures d'accueil différentes. Afin de maintenir les liens, il s'agit de créer au sein de l'administration un groupe de travail interdépartemental "Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" constitué de tous les départements ou directions impliqués (santé, instruction publique, justice, etc.). Si plusieurs acteurs de l'administration financent ensemble un projet pilote, ils agissent de manière innovante. (C'est le cas dans le canton de Thurgovie, où trois départements financent le projet mère-enfant dans la prise en charge psychiatrique.)

Toutes les institutions de pédagogie sociale et de pédagogie curative subventionnées ou co-subventionnées par le canton devront être tenues par leurs mandats de prestations respectifs à revendiquer l'exercice d'une activité consultative (recommandation 11 du groupe ad hoc). Un engagement consultatif intense des psychiatres d'enfants et d'adolescents est aussi indiqué pour les divisions pédiatriques d'hôpitaux de soins aigus et de cliniques pédiatriques. Les plus grandes d'entre elles devraient employer en permanence au moins deux psychiatres d'enfants et d'adolescents.

Tout comme la psychiatrie d'adultes, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent devra pouvoir fournir des prestations ambulatoires de plus grande ampleur qu'aujourd'hui. Puisqu'elles devront être là aussi de proximité, et vu qu'il en résulte généralement un groupe de taille réduite ou très réduite, l'on se trouve confronté à d'importants problèmes de management pour faire en sorte que ces prestations soient économiques.

¹³ Kantonale Psychiatrische Dienste, Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Liestal, septembre 2003, p. 30.

En règle générale, les prestations suivantes seront fournies au niveau supracantonal:

- soins hospitaliers en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : le nombre de lits dépend si fortement de l'offre régionale en institutions pédagogiques pour des séjours brefs ou de longue durée, en structures de jour et en accompagnement familial pédagogique que des valeurs indicatives ne sont pas données;
- division hospitalière de soins psychiatriques en milieu forensique pour adolescents dans chaque région linguistique;
- traitement hospitalier des toxicomanies chez les adolescents;
- offres pour enfants handicapés mentaux et adolescents avec crises psychiques.

5.2 Psychogériatrie

Les maladies psychiques à un âge avancé sont fréquentes. Chez les plus de 80 ans, les dépressions sont presque aussi nombreuses que les troubles démentiels. Les personnes âgées souffrent en plus de problèmes que l'on ne rencontre chez aucune autre catégorie de population d'une manière aussi prononcée: dysfonctions cognitives après une hospitalisation, médications erronées (les psychotropes en étant souvent responsables, entre autres).

Un maintien aussi prolongé que possible dans son environnement familial est le but déclaré de toute politique récente en gériatrie. Etant donné que la grande majorité des personnes âgées vit à domicile, les services d'aide et de soins à domicile revêtent une importance primordiale en psychogériatrie. Par son arrêt du 18 mars 2005, le Tribunal fédéral des assurances a tracé la voie à suivre vers un engagement sensiblement accru des services d'aide et de soins à domicile. En relation avec la révision de l'assurance obligatoire des soins, il convient de tout entreprendre politiquement pour que la limite préjudiciable des 60 heures par trimestre soit abolie ou portée à 90 heures au minimum.

La littérature spécialisée ne permet pas de déterminer comment il faudrait organiser des services d'aide et de soins à domicile compétents en psychogériatrie pour que l'on puisse travailler de manière efficace et économique. Selon toute vraisemblance, il va falloir tenir compte de conditions locales. Une organisation d'aide et de soins à domicile pour 6'000 habitants se voit en effet confrontée à d'autres situations qu'une organisation du même type desservant une population de 30'000 habitants.

Trois types d'organisation au moins sont concevables:

- Prise en charge, pour le compte d'une ou plusieurs organisations d'aide et de soins à domicile, de malades psychiques par des personnes spécialisées regroupées au sein de leur propre association ou qui instruisent des collaborateurs de l'organisa-

tion concernée de sorte que celles-ci soient en mesure de s'occuper des malades psychiques âgés.

- Lors de l'engagement de collaborateurs, les organisations d'aide et de soins à domicile d'une certaine importance veillent à ce qu'ils disposent de l'expérience psychiatrique et des compétences nécessaires au sein de leur propre organisation.
- Les tâches liées à la psychogériatrie peuvent être attribuées par le biais d'un mandat à l'équipe mobile d'une clinique.

De toute manière, il faut se rappeler qu'une partie des personnes très âgées visitées à domicile souffrent également d'une maladie somatique. En règle générale, il n'est donc pas indiqué que plus d'un service soit affecté aux soins infirmiers de la personne concernée.

Pour diverses raisons, les pensionnaires d'établissements médico-sociaux ne sont souvent pas pris en charge ou soignés de manière adéquate. Alors que les services psychiatriques devraient en principe exiger du personnel un effort considérable de formation postgrade et continue, il s'agit en principe de recourir en EMS, pour le traitement psychiatrique (en plus des soins de premier recours), les activités de liaison et de consultation entre médecins, à des médecins spécialistes établis.

Dans les autorisations d'exploiter délivrées, plusieurs cantons ont déjà prévu qu'un contrat doit être passé entre l'EMS et la ou le psychiatre établi. Le fait qu'un tel contrat ne puisse à lui seul générer des compétences psychiatriques plus élevées est un autre débat.

Les établissements pour personnes âgées et les EMS se transformeront à l'avenir en (véritables) homes médicalisés, processus qui est pratiquement déjà achevé dans certains cantons (p. ex. Bâle-Ville, Vaud) et qui ne fera que commencer d'ici une décennie dans d'autres (p. ex. Lucerne, Schwyz). En outre, il est probable qu'en raison de la ferme volonté des personnes âgées de rester chez elles (mais aussi en raison du coût élevé prévisible et de la qualité souvent précaire), les homes médicalisés se transformeront en centres de traitement de longue durée.

Dans cette perspective, il convient de tracer aujourd'hui déjà la voie à suivre, de façon que le personnel des EMS puisse relever en termes de compétence les défis auxquels il sera confronté. Il serait en effet préjudiciable s'il fallait créer en plus, au gré du nécessaire développement de la psychiatrie, des établissements spécialisés destinés à accueillir des patients relevant de la psychogériatrie.

Près de la moitié du total des journées d'hospitalisation passées dans les hôpitaux publics de soins aigus concerne des patients âgés de plus de 70 ans. Pour au moins 10% d'entre eux on pourrait certainement diagnostiquer une maladie psychique nécessitant

un traitement (sa non-détection fréquente est un problème en soi¹⁴). En réalité, "une hospitalisation est à la fois un épisode particulièrement sensible et une chance pour une personne souffrant d'un trouble psychique non traité de recevoir un traitement" (Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Liestal 2003, p. 130).

La présence psychiatrique doit être exigée dans chaque hôpital d'une certaine importance. Il s'agit là d'un postulat d'ordre général et non pas propre à la psychogériatrie. Une compétence psychogériatrique spécifique est toutefois nécessaire en particulier au niveau des «services de liaison».

En Suisse alémanique, c'est l'ensemble du domaine de la psychogériatrie/gérontopsychiatrie qu'il faut encourager. Plutôt que de créer un "centre de compétence en psychogériatrie/géronto-psychiatrie" (Folgeplanung II, op. cit., p. 135) dans pratiquement chaque clinique psychiatrique, il pourrait être plus prometteur et plus efficace de concevoir une fonction centrale supracantonale répartie sur cinq ou six institutions de la Suisse alémanique (le canton de Zurich l'a déjà fait à Hegibach).

Par une limitation à un nombre restreint de cliniques psychiatriques et par leur obligation à collaborer au niveau intercantonal, on vise trois buts:

- 1) Développer la recherche en matière psychiatrique, psychothérapeutique et infirmière (recommandation 27 du groupe ad hoc) dans une configuration qui permette une dotation en personnel suffisante.
- 2) L'encouragement nécessaire de la psychogériatrie fait courir le risque que les personnes âgées soient plus souvent hospitalisées. S'agissant d'institutions supracantonales, il devrait être possible d'apporter les corrections nécessaires.
- 3) Comme on l'a vu précédemment, ils sont en règle générale très peu nombreux les patients en psychogériatrie qui, en raison de leur maladie, devraient quitter l'EMS qui les héberge. En effet, toute offre de prestations visant à "décharger" les EMS de ces pensionnaires irait à l'encontre du principe de la normalisation.

Bien que le constat d'une possibilité de traitement dans un environnement familial soit également valable pour les patients en traitement géronto-psychiatrique / psychogériatrique qui vivent à domicile, on peut envisager l'option consistant à décharger le réseau de soutien en faveur d'une hospitalisation.

Dans sa recommandation 28, le groupe ad hoc a demandé le développement de la professionnalisation en psychogériatrie. Mais le chemin y conduisant est encore insuffisamment exploré. La solution la plus simple, au premier abord, consisterait à créer un

¹⁴ p. ex. H. Bickel et S. Weyerer, Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Alter, Stuttgart 2006.

titre particulier de médecin spécialiste. Dans une population dont le vieillissement s'accélère, il s'avère plutôt difficile de déterminer un domaine dans lequel chaque psychiatre se devrait en principe d'intervenir.

A quoi il faut ajouter qu'une véritable spécialisation dans le domaine de la psychiatrie d'adultes devrait prendre du temps. Chez les personnes âgées et en particulier très âgées, il faut prêter une attention soutenue à la multimorbidité. Un lien très étroit avec la médecine gériatrique (laquelle ne s'est d'ailleurs pas encore véritablement établie comme sous-spécialité) serait indispensable.

5.3 Psychiatrie forensique

Le personnel des cliniques et des services ambulatoires ne devrait exercer une activité d'expert dans ce domaine que dans la mesure où elle est nécessaire pour honorer des mandats de formation de base et de formation continue. En règle générale, un secteur devrait aussi comprendre un médecin spécialiste attestant les qualifications requises.

Si donc les psychiatres établis et les prestataires de soins psychiatriques en milieu forensique (divisions ou instituts) ne sont pas à même d'accéder à la demande de la justice, il s'agira alors de trouver des solutions complètement nouvelles. On pense ici aux centres d'observation médicale (COMAI) qui sont à la disposition de l'AI.

Dans le cas d'expertises complexes ou très complexes, on en référerait aux cinq universités pourvues d'une faculté de médecine. Un créneau commercial pourrait aussi s'offrir ici aux organisations à but lucratif.

La conception psychiatrique du canton de Zurich montre clairement, comme on le voit dans le cas des délinquants, que la psychiatrie pratiquée par l'Etat ne peut répondre à toutes les exigences: "Conformément aux avant-projets de révision du code pénal, il est exigé avec effet immédiat que seules peuvent être recommandées au niveau judiciaire des mesures hospitalières aux patients qui profitent à part entière de l'offre clinico-psychiatrique ordinaire actuelle. En font notamment partie la plupart des patients schizophrènes nécessitant des mesures appropriées, de même que les patients – moins nombreux ceux-là – souffrant de troubles psychotiques affectifs et neurotiques. En revanche, sont exemptés tous ceux qui, en raison de leur haute dangerosité ou de la complexité des troubles de la personnalité antisociaux dont ils sont victimes, nécessitent une prise en charge de haute sécurité ainsi que des moyens sociothérapeutiques et des soins thérapeutiques appropriés... Comme conséquence, on recommandera un contrôle clinique d'entrée plus rigoureux des cas annoncés ainsi qu'une adaptation systématique de la procédure de recommandation d'experts en psychiatrie forensique." (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Psychiatriekonzept, p. 86.)

Un large consensus semble régner sur le fait qu'une offre spécialisée devrait exister pour les délinquants souffrant de troubles psychiques (recommandation 22 du groupe ad hoc). Des idées plus concrètes figurent dans la conception psychiatrique précitée du canton de Zurich (p. 86 ss.). Dans un "système de réseau" formé de quatre ou cinq cliniques alémaniques (p. ex. Rheinau ZH, Münsingen BE, St-Urbain LU et Wil SG), il s'agirait de créer des pôles de spécialisation. L'un d'entre eux pourrait s'occuper des "schizophrènes dangereux".

6 Pourquoi des programmes-modèles?

1. Dans la littérature spécialisée prévaut la conviction qu'une prise en charge psychiatrique mettant principalement l'accent sur l'investissement de ressources de l'Etat en faveur des cliniques psychiatriques n'est ni efficace ni efficiente.

Afin d'obtenir une efficacité accrue, la prise en charge psychiatrique doit davantage que par le passé promouvoir des conseils, des traitements et des soins semi-hospitaliers et ambulatoires sans fermer pour autant des cliniques psychiatriques.

2. Ce qui est important, c'est que l'on persiste à rechercher les offres et les possibilités de combinaison les plus prometteuses de l'offre de soins aux patients. Dans une unité d'intervention en cas de crise (d'un hôpital de soins aigus), un groupe de personnes en situation de crise pourra être soutenu de telle façon qu'un suivi en milieu ambulatoire s'avérera suffisant ou que des psychiatres établis en prennent en charge la plus grande partie. Pour d'autres, en revanche, il sera plus bénéfique (et plus efficace) d'entretenir des contacts suivis dans leur environnement habituel (à domicile).

Pour bon nombre de patients, un séjour plus ou moins long en clinique psychiatrique constitue la meilleure base possible. Ensuite, pour une période déterminée, il sera éventuellement judicieux d'affronter dans un foyer des situations de crise ou de regagner son domicile.

3. Les cliniques de jour peuvent constituer une solution de remplacement du traitement hospitalier aigu pour un tiers des patients environ. En règle générale, il faut partir du principe que le traitement en clinique de jour, souvent proposé que durant les jours ouvrables, durera plus longtemps qu'un séjour hospitalier.

Pour un case-mix identique, l'étendue des rémissions est approximativement aussi élevée lors d'un séjour hospitalier que lors d'un séjour dans la clinique de jour. Le traitement des patients en clinique de jour engendre toutefois des coûts notablement plus modestes. L'ordre de grandeur d'un investissement inférieur de vingt pour cent n'est cependant qu'une valeur approximative. Il semble essentiel de pouvoir déterminer comment l'offre globale de prestations psychiatriques se présente et ensuite évaluer le rôle des cliniques de jour (ainsi que leur efficacité et leur efficacité). Ceci doit être testé.

Les tâches respectives des cliniques de jour doivent être intégrées dans l'analyse de l'efficacité et de l'économicité. Le fait que la sortie de la clinique soit prioritaire pour des patients ou que l'on veuille éviter un séjour en clinique pour un groupe de patients potentiels a des effets sur le potentiel d'économie. Si un mandat est par

ailleurs également attribué à la clinique de jour pour la réadaptation professionnelle, il en résulte une nouvelle modification du cadre de réduction des coûts.

Il faut clarifier dans le cadre de programmes-modèles – tels qu'ils sont par exemple menés dans le canton de Thurgovie – dans quelles circonstances une maximalisation provisoire de la réalisation des objectifs semble accessible afin de rendre celle-ci encore plus prometteuse en optimisant les dispositions globales de la planification.

4. L'évolution la plus récente de la prise en charge psychiatrique au niveau international peut être caractérisée en ces termes: "soins de proximité et personnalisés". Il est donc nécessaire, d'une part, de maintenir un malade dans son environnement habituel (en lui laissant la possibilité de continuer à travailler). D'autre part, il s'agit de se mettre en quête de prestations "sur mesure".
5. La notion de "soins de proximité et personnalisés" suppose que la prise en charge psychiatrique doit être beaucoup plus différenciée qu'elle ne l'est actuellement en Suisse dans la plupart des régions. Or de grandes incertitudes subsistent au niveau de la planification. En référence à un grand nombre d'opérations (interventions invasives), on est aujourd'hui en mesure de déterminer de manière assez précise l'opération qu'il convient d'effectuer en milieu semi-hospitalier et dans quelles conditions. En suivant les discussions de spécialistes et si l'on compare les données statistiques, on constate que les risques potentiels en cas de séjour semi-hospitalier peuvent être évalués de manière fiable par les chirurgiens (de pair avec les anesthésistes).

Or il en va tout autrement de la psychiatrie. Sans vouloir énumérer de manière exhaustive les différences, on retiendra les faits suivants: le diagnostic psychiatrique recouvre un grand nombre de phénomènes qui ne sont qu'un pâle reflet des conséquences sociales pour le malade lui-même et ne préfigurent guère les conséquences pour son environnement social et professionnel (conséquences qui, à leur tour, ont souvent une influence sur le cours de la maladie ou sur le processus de rétablissement).

Par rapport aux opérations précitées, il est encore plus édifiant de constater qu'en psychiatrie le pronostic des effets d'un traitement est beaucoup plus aléatoire. Mais les différences les plus marquantes résident dans le choix des "combinaisons thérapeutiques". Dans ce cas particulier, il s'agirait simplement de déterminer si un séjour hospitalier en milieu résidentiel doit se substituer à une intervention de chirurgie de jour ou s'il faut renoncer à part entière à l'intervention.

Il existe certes un grand nombre de malades psychiques chez qui on peut clairement se déterminer en faveur d'une hospitalisation ou d'une prise en charge ambu-

latoire, à condition toutefois de disposer d'un nombre suffisant de places de traitement. Mais, pour un nombre appréciable de malades psychiques, s'offre une multitude d'options se répartissant sur un réseau plutôt dense de prestations psychiatriques.

6. Le domaine du traitement et de la réadaptation psychiatriques se veut effectivement multiple et varié. Dans ces conditions, le savoir désormais acquis sur les différents trajets prometteurs des patients est forcément relativement modeste.

Dans la situation telle qu'elle se présente en Suisse s'ajoute le fait que, en l'état actuel, le savoir-faire disponible (hérité d'autres systèmes de santé) ne peut être adopté que dans une certaine mesure.

A la fin du chapitre 1 on a mis l'accent sur le fait que des modifications en profondeur de la prise en charge psychiatrique au niveau international étaient intervenues à la suite de décisions politiques (c.-à-d. non immanentes à la psychiatrie). Cet état de fait est illustré à l'appui de trois exemples datant de différentes décennies:

- Aux Etats-Unis, à l'initiative de l'exécutif, le Parlement a arrêté dans les années 70 le Community Mental Health Act. La voie était ainsi tracée vers une prise en charge psychiatrique essentiellement de proximité ("catchment areas") et une réduction drastique (en partie énorme) de la taille des cliniques psychiatriques.

Le National Institute of Mental Health (NIMH) a reçu mandat de superviser une partie des modifications intervenues successivement par le biais de l'élément principal de recherche "Evaluation".

- Après l'Enquête du Bundestag allemand sur la psychiatrie qui s'est également révélée importante pour la psychiatrie en Suisse, le gouvernement allemand a donné mandat, au début des années 80, d'exécuter et d'évaluer des programmes-modèles. ("Le programme a pour but de tester, à titre de modèle, une prise en charge globale coordonnée et sans faille des malades psychiques et des handicapés dans des régions déterminées, de l'ambulatorio jusqu'à la réadaptation en passant par le traitement hospitalier. A cet effet il s'agit de créer des modèles permettant de transmettre des connaissances sur le développement d'une prise en charge intégrale des patients dans l'ambulatorio, le suivi et la réadaptation, en tenant compte des soins hospitaliers, et ainsi d'acquérir des expériences pratiques scientifiquement fondées dans la perspective d'éventuelles conséquences législatives."¹⁵)

¹⁵ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn, 11.11.1988, A.1 p 15 ss.

- En Angleterre, il a été effectué vers la fin des années 90 un recensement général du domaine des prestations psychiatriques à l'attention du gouvernement. Le Département de la santé a publié au printemps 2000 le "Plan NHS", qui prescrivait en détail où et quels changements devaient être opérés. Ainsi, il prévoyait l'intervention de 260 équipes de proximité (assertive outreach teams), 360 équipes d'intervention en cas de crise, etc.¹⁶.
7. Alors que seule l'Allemagne adoptait la notion de "programmes pilotes", tous les systèmes de santé comparables à celui de la Suisse (p. ex. France, Belgique, Norvège) ont introduit dans leurs planifications de la psychiatrie l'obligation d'évaluation. Aux Etats-Unis, on est même allé jusqu'à consacrer à l'évaluation deux pour cent des charges d'exploitation d'un Community Mental Health Center (plus les moyens disponibles à travers la NIMH). Après un certain nombre d'années, on s'est rendu compte qu'un pour cent était suffisant pour ces travaux.

Il a toujours été question d'acquérir une expérience pratique de façon à permettre une planification plus fondée des prestations psychiatriques. Rien de moins attend désormais aussi la Suisse.

En exagérant à peine, on peut affirmer que le savoir dont on dispose actuellement est encore insuffisamment adapté à la situation de notre pays pour déterminer qui fait quoi et comment, afin de répondre à la maxime de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité.

Pour passer à l'échelon supérieur, il s'agit par exemple de mettre en place un tronc commun de formation (englobant impérativement les assureurs). A la limite, on constate que l'état actuel des connaissances ne permet que des "hypothèses planificatrices" encore insuffisamment fondées pour instaurer une planification de la psychiatrie à long terme.

A cette fin, il est indispensable que s'installe une certaine collaboration entre cantons. Alors que les cantons à forte population devraient être en mesure d'exécuter eux-mêmes des projets d'évaluation d'une certaine importance, ce mandat dépasse les moyens des plus petits. Or on a besoin de résultats de programmes-modèles en provenance d'un certain nombre de cantons, étant donné que l'ampleur requise des connaissances de portée générale devrait non pas se limiter à un milieu urbain mais également s'étendre à un environnement rural et aussi parce que des différences relativement minimes dans la conception de l'offre psychiatrique peuvent éventuellement engendrer des disparités significatives dans les résultats.

¹⁶ Department of Health, The NHS Plan – A Plan for Investment, A Plan for Reform, Londres 2000.

En clair, on peut arguer du fait qu'une étude de cas sur l'intervention d'une équipe mobile ne saurait suffire à expliquer l'importance d'une telle prestation. Le résultat dépendra dans une large mesure de la structure générale des prestations psychiatriques. Pour cette raison on a donc besoin de plusieurs études pour évaluer ne serait-ce qu'un seul nouvel élément.

7 Sélection de la littérature spécialisée

S'ajoute aux publications citées dans les notes de bas de page.

T. Berhe et al., „Home treatment“ für psychische Erkrankungen, in *Nervenarzt*, vol. 76, 2005, S. 822-831.

M. A. Blais et al., Predicting Length of Stay on an Acute Care Medical Psychiatric Inpatient Service, in *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 31, 2003, S. 15-29.

H. D. Brenner et al., Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen, in *Nervenarzt*, vol. 71, 2000, S. 691-699.

H. D. Brenner und H. Hoffmann, Den Schweizern sind die Betten teuer!, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 31, 2004, S. 166-168.

P. Brieger und H.-J. Kirschenbauer, Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein?, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 31, 2004, S. 383-386.

T. Burns et al., Home treatment for mental health problems: a systematic review, in *Health Technology Assessment*, vol. 5, no. 15, 2001.

T. Burns, Psychiatry in the future. Changes in UK mental health care over the past 15 years, in *Psychiatric Bulletin*, vol. 28, 2004, S. 275-276.

Th. W. Kallert et al., Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 32, 2005, S. 132-141.

H. Kunze und S. Priebe, Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 33, 2006, S. 53-55.

A.D. Lesage et al., Toward Benchmarks for Tertiary Care for Adults With Severe and Persistent Mental Disorders, in *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, 2003, S. 485-492.

M. Marshall et al., Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care, in *Health Technology Assessment*, vol. 5, no. 21, 2001.

M. Marshall, How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. July 2005. <http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>.

H. Melchinger et al., Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung, in *Nervenarzt*, vol. 77, 2006, S. 73-80.

Organisation Mondiale de la Santé 2006. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS.

http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=French

E. Roberts et al., A Review of Economic Evaluations of Community Mental Health Care, in *Medical Care Research and Review*, vol. 62, 2005, S. 503 – 543.

W. Rössler und A. Theodoridou, Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung, in *Nervenarzt*, Vol. 77, Suppl. 2, 2006, S. 111-120.

P. Schunke, Future of mental health services in Europe: from fragmentation to integration? [MSc Thesis; rédigée entre autres dans le cadre d'un stage auprès de la CDS]. London School of Economics and Political Science; 2003.

G. Thornicroft et al., Community mental health teams: evidence or belief?, in *British Journal of Psychiatry*, vol. 175, 1999, S. 508-513.

S. Weinmann und W. Gaebel, Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen, in *Nervenarzt*, vol. 76, 2005, S. 809-821.

8 Annexe I: remarques complémentaires

8.1 Différences par rapport à la médecine somatique

Dans les éventuels principes de configuration des prestations psychiatriques contenus dans les planifications dominant les éléments sociaux. Ceux-ci sont impératifs pour les services psychiatriques publics. Ils mettent en péril les objectifs mêmes des actes médicaux et infirmiers s'ils ne sont pas mis en œuvre de manière systématique. C'est ce qui différencie la psychiatrie d'un large segment des prestations de la médecine somatique.

Au lieu de décrire ces éléments (de proximité, non stigmatisants, tenant compte du statut social, personnalisés, fonctionnant en réseau, etc.), on voudrait attirer ici l'attention sur les différences existant entre les soins psychiatriques et les soins somatiques. En règle générale, il incombe à la même instance politique de se déterminer sur les planifications des deux domaines. Il y aurait lieu en effet de procéder d'une manière réfléchie lorsque surgissent des différences marquantes, mais en tout cas se montrer plus attentif que le législateur dans la formulation de l'article 39 LAMal.

- a) Les dimensions sociales (au sens large) ont une telle importance qu'il faut en tenir le plus grand compte dans la prise en charge psychiatrique.

Contrairement à ce qui se passe dans les soins semi-hospitaliers et ambulatoires en médecine somatique, la distance (à parcourir par les transports publics jusqu'au lieu de traitement) joue un rôle primordial en psychiatrie. La règle veut qu'à partir d'une durée de déplacement d'une demi-heure le recours aux prestations diminue proportionnellement à la distance.

Dans une planification, cet état de fait devra être pris en compte en tant que dimension propre. En outre, on rappellera que, pour bien des cliniques psychiatriques, la distance par rapport aux centres urbains peut être considérable. Toutefois, elle est moins importante pour le séjour lui-même en clinique que pour l'approche nécessaire des conditions de vie du patient avant son entrée en clinique. Souvent, l'éloignement des cliniques psychiatriques est tel qu'il serait considéré comme inadmissible dans le cas d'un hôpital.

Dans l'indication d'un traitement hospitalier en cas d'accident et d'un état pathologique aigu, les facteurs sociaux jouent un rôle modeste. Pour le traitement hospitalier d'une maladie psychique, les facteurs non médicaux sont par contre souvent prépondérants.

S'agissant des malades psychiques en général, la situation sociale au sens large exerce une influence considérable sur les "chances de traitement" (en médecine somatique, les aspects sociaux – hormis pour les personnes âgées – n'ont qu'une

importance marginale). Les prestations psychiatriques – lorsqu'elles sont indiquées – doivent être également fournies dans le contexte social (et pour lui seul si nécessaire).

Pour la grande majorité des patients traités en hôpital de soins aigus, il n'est pas à craindre de conséquences sociales négatives à la sortie de l'hôpital. (Certains peuvent même s'attendre à des avantages sur le plan social.) Mais il n'en va pas de même pour le patient quittant une clinique psychiatrique. En effet, après un séjour prolongé (ou répétitif) en clinique, le tissu social est moins porteur, le poste de travail peut être mis en péril, l'appartement doit éventuellement être abandonné, etc.

Pour certains malades psychiques, les conditions de vie en rapport avec un séjour en clinique ont un effet amplificateur, dans la mesure où les problèmes existentiels favorisent directement un internement, alors que pour d'autres un séjour en clinique se répercutera derechef négativement sur les conditions de vie.

Là réside une raison essentielle pour laquelle il faut prodiguer dans toute la mesure du possible des soins de proximité au patient en lui offrant un soutien propre à empêcher que ses conditions de vie ne se dégradent.

On dispose d'un savoir relativement solide établissant que, pour une partie des malades psychiques, un traitement et/ou une réadaptation ainsi qu'un suivi de proximité constituent l'intervention la plus efficace. Étant donné qu'un internement en clinique psychiatrique peut engendrer un effet stigmatisant, il convient d'accorder une importance accrue à la prévention secondaire et à l'intervention en cas de crise en dehors de la clinique.

L'internement forcé constitue, lui, un autre niveau s'agissant de cette dimension. En fait, il n'est possible qu'en psychiatrie.

Pour clore, on peut affirmer qu'une incertitude ou un échec en médecine somatique est "psychiatrisable". Par contre, il est extrêmement rare qu'une souffrance psychique puisse être interprétée comme une maladie somatique.

b) Le financement actuel a un effet réducteur sur l'efficacité des soins psychiatriques.

En médecine somatique, les principes réglant la rémunération pour les prestations ambulatoires, semi-hospitalières et hospitalières sont assez bien compréhensibles par rapport au domaine de prestation correspondant. Dans les soins psychiatriques, il n'existe pas d'incitation financière, dans l'intérêt d'une efficacité maximale de la prise en charge, pour que l'on intervienne de manière non stigmatisante, en fonction d'une intégration professionnelle et dans un but préventif.

Ce constat s'applique aussi aux prestations du médecin de premier recours (p. ex. beaucoup plus de temps consacré), à la prise en charge par le médecin-spécialiste (p. ex. chances minimales d'une efficacité accrue grâce à l'aide du travail social), aux prestations d'aide et de soins à domicile dans les "soins psychiatriques thérapeutiques" et au traitement ambulatoire, lesquels font presque toujours l'objet d'une approche multiprofessionnelle.

Les prestations psychiatriques sont souvent l'affaire d'une équipe multidisciplinaire (certainement davantage qu'en médecine hospitalière aiguë). Les mécanismes de gestion financière ne sont toutefois pas encore établis au point de soutenir largement une orientation systématique vers la prévention d'un séjour en clinique, d'éviter une désintégration professionnelle et d'appuyer des efforts à l'encontre d'une chronicité.

Revêt aussi une importance le fait qu'en optant pour la combinaison de prestations individuellement la plus efficace il puisse en résulter une grande diversité de combinaisons de prestations sur une période déterminée. En l'occurrence il est problématique (du moins encore à l'heure actuelle) de devoir travailler, pour certains éléments des prestations, avec des budgets différents.

En exagérant un peu, on pourrait qualifier la situation actuelle de paradoxale. Alors qu'une flexibilité élevée est de rigueur en rapport avec le traitement et les soins des patients, le financement spécifique induit un moment d'inertie important qui entrave la flexibilité souhaitée. Pour illustrer le propos, on prendra en considération le fait que les dotations en personnel déterminent le mode de rémunération d'une prestation en milieu hospitalier ou dans les divers domaines ambulatoires. Or ceci ne tient pas suffisamment compte du fait qu'une équipe se doit d'intervenir de manière flexible.

- c) Les prestations publiques et privées aux malades psychiques sont parfois parallèles. La coordination défailante constitue l'une des grandes faiblesses de la prise en charge psychiatrique.

La prise en charge d'une population régionale par les médecins de premier recours et les médecins spécialistes ne sera intégrée directement qu'à titre exceptionnel dans la planification des services hospitaliers pour malades somatiques. La prise en charge psychiatrique ambulatoire, en revanche, a une influence significative sur l'offre à faire par un canton, soit également sur la planification hospitalière en psychiatrie.

Pour les soins aigus hospitaliers, la prise en charge ambulatoire par les médecins de premier recours revêt une importance considérable, dans la mesure où une partie du diagnostic est posée en pratique privée et que le traitement entamé à l'hôpital

est poursuivi par les médecins établis, etc. Par rapport aux médecins de premier recours, un nombre appréciable de médecins spécialistes non psychiatres (p. ex. gastroentérologues, cardiologues, néphrologues, oncologues et pneumologues) s'occupent alors de cas plus graves et de patients plus difficiles à traiter.

Il n'en va pas tout à fait de même pour les spécialistes en psychiatrie en pratique privée. Ce qui est certain, c'est que les médecins de premier recours soignent davantage de malades cérébraux et de dépressifs que les psychiatres établis. Les schizophrènes et les schizo-affectifs ne sont pas traités en priorité par l'un de ces deux groupes de médecins.

K. Ernst parle de "sélection paradoxale de patients en pratique psychiatrique privée". Sur la totalité des malades psychiques que l'on peut en principe soigner de manière ambulatoire, ce sont tendanciellement non pas les grands malades mais les malades plus légers qui se rendent chez le spécialiste en psychiatrie¹⁷. (Dans l'appréciation de ce constat, on rappellera pour mémoire que la Suisse dispose du réseau le plus dense au monde de psychiatres établis.)

En tentant d'impliquer les psychiatres en pratique privée dans des éléments de prestations considérés actuellement comme une tâche de l'Etat, il faut être bien conscient qu'il s'agit là aussi d'un problème de rémunération. En plus, il y a lieu de créer les conditions d'une prise en charge intégrée qui permettent d'un côté comme de l'autre un travail à la fois efficace et efficient.

Les huit cliniques psychiatriques privées offrent des lits dans une proportion relativement faible par rapport aux soins hospitaliers somatiques. Les hôpitaux privés de soins somatiques sont en règle générale gérés selon le principe des médecins agréés. En revanche, les cliniques psychiatriques privées connaissent généralement le principe des médecins-chefs, ce qui montre bien que les psychiatres établis s'abstiennent de prendre en charge en plus des patients hospitalisés.

- d) L'intervention psychiatrique requiert en partie une continuité sur le moyen ou le long terme.

L'évolution d'une maladie en médecine somatique se laisse souvent bien délimiter et même très souvent en cas d'accident. C'est une condition essentielle à la constitution de DRG, par exemple. Pour maintes pathologies et pour les séquelles d'accidents, on peut aussi assez bien séparer une phase aiguë d'une phase de réadaptation éventuellement indiquée.

¹⁷ K. Ernst, Psychiatrische Versorgung heute, Stuttgart et Berlin 1998, p.44 ss.

En psychiatrie, il n'est pas rare que la transition entre phase aiguë et réadaptation se confonde. L'indication d'une réadaptation en est souvent moins déterminée par le potentiel de réadaptation lui-même que par la biographie du patient. A quoi s'ajoute le fait que la maladie, même chez de jeunes patients, devient parfois chronique (probablement chez un bon tiers des schizophrènes), si bien que des éléments d'une maladie aiguë finissent par fusionner avec des éléments de réadaptation et, suivant la phase, des éléments d'assistance principalement.

Les prestataires en psychiatrie hésitent souvent à attribuer le statut de "malade chronique". En effet, nombre de patients se voient fréquemment réattribuer le statut de "malade aigu" afin d'éviter l'étiquette de "malade chronique". Toutefois, de nombreux préalables compromettent le succès. Tout récemment, l'assurance-invalidité p ex. semble avoir contribué à la chronicité.

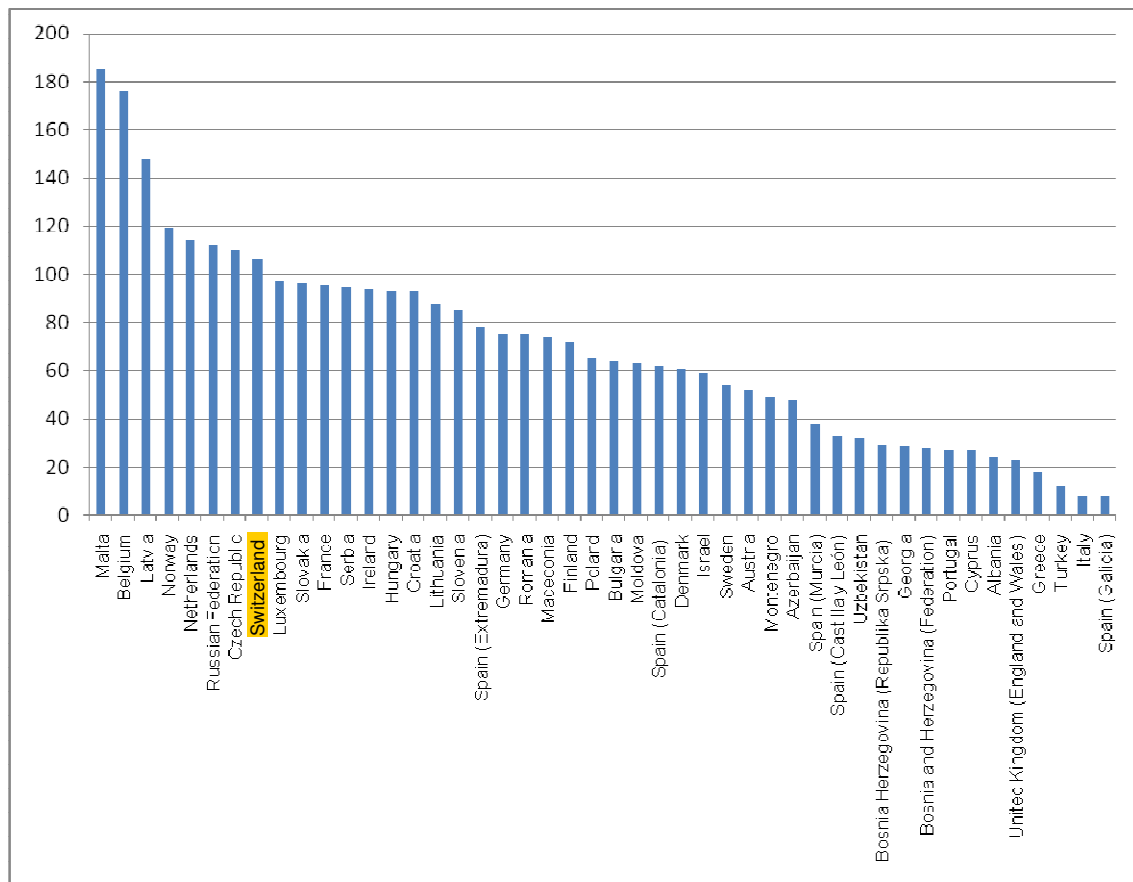
8.2 Comparaison avec d'autres pays européens

Le nombre de lits pour 100 000 habitants dans les institutions psychiatriques résidentielles est représenté dans l'illustration 1. Les institutions psychiatriques recouvrent:

- Les cliniques psychiatriques (*sans* les cliniques spécifiques et les divisions pour les patients de la médecine forensique et pour les patients souffrant d'addiction);
- Les institutions psychiatriques résidentielles de proximité et les divisions de psychiatrie dans les cliniques somatiques.

Les données ont été recueillies en 2007 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et sont tirées du rapport "Policies and practices for mental health in Europe. Copenhagen, WHO Regional office for Europe (in press)", dont la publication est prévue le 10 octobre 2008.

Illustration 1: nombre de lits dans les institutions psychiatriques résidentielles pour 100 000 habitants (sans les addictions ni la forensique)



Les nombres utilisés dans l'illustration 1 sont ventilés dans le tableau 2. Les nombres dans la première colonne de données (total de lits pour la psychiatrie pour 100 000 habitants) correspondent aux valeurs utilisées dans l'illustration 1. Celles-ci se composent des lits des cliniques psychiatriques (colonne de données 2) et des lits pour la psychiatrie dans les institutions psychiatriques de proximité et les cliniques somatiques (colonne de données 3). Dans la plupart des pays, la prise en charge psychiatrique résidentielle est majoritairement assurée par des cliniques psychiatriques. Dans des pays comme la Norvège, le Luxembourg ou la Suède, la prise en charge psychiatrique résidentielle est toutefois basée majoritairement sur des institutions psychiatriques de proximité ou des cliniques somatiques.

Tableau 1: nombre de lits dans les institutions psychiatriques résidentielles pour 100 000 habitants (sans les addictions ni la forensique)

Pays	Total des lits pour la psychiatrie pour 100 000 habitants	Lits dans les cliniques psychiatriques pour 100 000 habitants	Lits pour la psychiatrie dans les institutions psychiatriques de proximité et les cliniques somatiques pour 100 000 habitants
Malta	185	185	0
Belgium	176	152	24
Latvia	148	137	11
Norway	119	69	50
Netherlands	114	-	-
Russian Federation	112	-	-
Czech Republic	110	96	14
Switzerland	106	100	6
Luxembourg	97	52	45
Slovakia	96	18	78
France	95	-	-
Serbia	95	-	-
Ireland	94	71	23
Hungary	93	-	-
Croatia	93	-	-
Lithuania	88	78	10
Slovenia	85	72	13
Spain (Extremadura)	78	73	5
Germany	75	-	-
Romania	75	54	21
FYR Macedonia	74	64	10
Finland	72	-	-
Poland	65	49	16
Bulgaria	64	28	36
Moldova	63	63	0
Spain (Catalonia)	62	46	16
Denmark	61	-	-
Israel	59	55	4
Sweden	54	4	50
Austria	52	37	15
Montenegro	49	49	0
Azerbaijan	48	-	-
Spain (Murcia)	38	-	-
Spain (Castilla y León)	33	23	10
Uzbekistan	32	31	1
Bosnia Herzegovina (Republika Srpska)	29	-	-
Georgia	29	29	0
Bosnia and Herzegovina (Federation)	28	-	-
Portugal	27	17	10
Cyprus	27	21	6
Albania	24	18	6
UK (England and Wales)	23	14	9
Greece	18	14	4
Turkey	12	-	-
Italy	8	0	8
Spain (Galicia)	8	0	8

Remarques: Des indications sur la ventilation des lits pour la psychiatrie n'existent pas pour tous les pays. Les valeurs manquantes sont signalées par un tiret (-).

Ci-après est brièvement décrit le développement de la prise en charge psychiatrique de cinq pays d'Europe de l'Ouest, qui présentent en partie des différences considérables concernant le nombre de lits. Les pays sont en revanche à peu près comparables entre eux et avec la Suisse pour ce qui est de leur niveau général de développement. Les indications nécessaires proviennent principalement des rapports par pays „Health Systems in Transition (HiT)“ du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe¹⁸. Nous avons choisi la Belgique et la Norvège, deux pays avec une densité de lits élevée, ainsi que nos voisins l'Allemagne et l'Autriche, avec respectivement environ 70 et 50 lits pour 100 000 habitants. Enfin, le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles) a environ 20 lits pour 100 000 habitants.

La **Belgique**¹⁹ assure la prise en charge des malades psychiques en premier lieu à l'aide des cinq services suivants: cliniques psychiatriques, division de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, établissements médico-sociaux psychiatriques, logement accompagné et centres ambulatoires. Les structures actuelles de prise en charge résultent de deux réformes. La réforme de 1990 était axée sur une réduction de l'offre résidentielle en clinique et une extension de la prise en charge de proximité. Par la réforme de 1999, la prise en charge intensive et spécialisée dans les cliniques psychiatriques devrait être accrue, les frontières entre les prises en charge ambulatoire et résidentielle réduites et des lits des cliniques déplacés vers les établissements médico-sociaux et le logement accompagné. Une autre réforme visant à une meilleure coordination de l'offre est actuellement planifiée.

En **Norvège**²⁰, la prise en charge des malades psychiques s'est faite jusqu'à peu par des institutions psychiatriques et des cliniques psychiatriques traditionnelles. Dans les années 1990, la santé psychique a été inscrite dans l'agenda politique de la Norvège. Un livre blanc a signalé les manques dans la prise en charge des malades psychiques. Sur ce, une réforme a été engagée avec l'objectif d'adapter davantage la prise en charge aux patients. La proximité, l'accessibilité, la qualité, l'organisation des services et les traitements devraient être améliorés. L'accent a été mis sur la mise en place de „Community mental health centres“ (CMHC). Les CMHC se composent d'une série d'offres différentes telles que des institutions ambulatoires et des cliniques résidentielles pour des séjours de courte durée, des cliniques de jour et des équipes d'intervention de crise et de proximité (assertive outreach). L'ensemble de ces services coopèrent d'une part avec les cliniques psychiatriques et d'autre part avec la médecine de premier recours et d'autres services communaux. Une prise en charge cohérente et

¹⁸ Les rapports correspondants, ainsi que ceux de nombreux autres pays européens, sont consultables sur le site web de l'OMS: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

¹⁹ Corens D. *Health system review: Belgium. Health Systems in Transition*, 2007; 9(2): 1–172. <http://www.euro.who.int/Document/E90059.pdf>

²⁰ Johnsen JR. *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006. <http://www.euro.who.int/Document/E88821.pdf>

concertée des patientes et des patients doit ainsi être atteinte. Cet objectif n'a pu être réalisé que partiellement jusqu'ici. En particulier, la collaboration avec les cliniques ne fonctionne que dans la moitié des cas environ. L'amélioration de cette collaboration constitue le défi le plus important des prochaines années.

En **Allemagne**²¹, la prise en charge des malades psychiques repose de plus en plus depuis une trentaine d'années sur des structures de prise en charge de proximité. Le déclencheur a été une commission d'enquête de 1975 du Bundestag, qui a critiqué les hospitalisations inutiles et une faible qualité de la prise en charge. La situation des nouveaux Länder ressemblait en 1990 à celle des anciens Länder avant la réforme de la psychiatrie. Un processus de déshospitalisation y a ensuite également débuté. Il était lié à un accroissement des offres de proximité telles que le logement accompagné, les centres ambulatoires d'intervention de crise et les centres pour le conseil psycho-social et le soutien social. La quantité et la qualité de ces offres varient fortement d'une commune et d'un Länder à l'autre. D'une manière générale, les possibilités de réhabilitation professionnelle et d'intégration sociale complète sont encore considérées comme insuffisantes.

En **Autriche**²², des réformes sont menées depuis les fin des années 1970 dans la prise en charge psychosociale avec l'objectif de transformer la psychiatrie d'établissement traditionnelle en une prise en charge près du lieu d'habitation et de vie. Depuis les années 1980, une réduction constante des lits pour la psychiatrie résidentielle et une diminution significative des durées de séjour moyennes ont été obtenues. Une prise en charge psychiatrique extra-muros a parallèlement été développée. En 1999, un concept de psychiatrie obligatoire étendu à toute l'Autriche a pour la première fois été arrêté. Il contient les lignes directrices suivantes: adéquation aux besoins, mise en réseau et obligation de prise en charge, intégration dans la médecine de premier recours, assurance-qualité et participation. Pour atteindre l'objectif visé „ambulatoire avant résidentiel“, il faut continuer à promouvoir l'expansion d'institutions et de services semi-hospitaliers, ambulatoires et complémentaires.

En **Grande-Bretagne**, comme déjà mentionné dans le chapitre 6, un état des lieux complet des prestations psychiatriques a été élaboré à l'intention du gouvernement à la fin des années 1990. Publié en l'an 2000, le rapport „The NHS Plan“²³ qui en est résulté a fixé en détail où quelles changements doivent être effectués. Il faudrait par

²¹ Busse R, Riesberg A. *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005. <http://www.euro.who.int/document/e85472g.pdf>

²² Hofmarcher MM, Rack HM. *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006. <http://www.euro.who.int/document/e89021g.pdf>

²³ Department of Health, *The NHS Plan – A Plan for Investment, A Plan for Reform*, London 2000.

exemple disposer de 260 équipes de proximité (assertive outreach teams) et de 360 équipes d'intervention de crise. Des changements en profondeur se sont produits les années suivantes. Jusqu'en 2007, 252 équipes de proximité, 343 équipes d'intervention de crise et 118 équipes d'intervention précoce (early intervention teams) ont été mises en place²⁴. Ces équipes travaillent en étroite collaboration avec la prise en charge résidentielle. De la sorte, les problèmes ont pu être identifiés plus tôt et les patients pris en charge de préférence dans leur environnement habituel. Dans une prochaine étape, différents obstacles et frontières existants doivent être réduits, p. ex. ceux qui existent entre le domaine psychiatrique et le domaine social ou entre les services psychiatriques et la population vivant dans les communes concernées, en particulier les minorités ethniques.

8.3 Description de la prise en charge de base par la psychiatrie publique

A l'appui de la conception psychiatrique du canton de Zurich²⁵, on entend par prise en charge de base en psychiatrie les éléments de prestations suivants:

- traitement ambulatoire:
ambulatoire, équipe mobile, prestations de consultation et de liaison.
- traitement intensif aigu:
unités de soins aigus, centre d'intervention en cas de crise, clinique de jour.
- traitement intermédiaire intensif:
unités de réadaptation, clinique de jour
gestion des prestations extrahospitalières de la réadaptation professionnelle et sociale.
- traitement et assistance de longue durée:
centres de jour, ateliers protégés, communautés résidentielles, foyers
exploitation de divisions et d'établissements de soins psychiatriques de longue durée, hôtel. (S'agissant de ces unités de prestations, il existe souvent des recoupements avec les institutions de l'assurance-invalidité.)

En psychiatrie des toxicomanies et en géro-psi-chiatrie/psychogériatrie, la conception psychiatrique zurichoise prévoit également une dotation aux quatre niveaux précités. Bien que le besoin d'unités de prestations spéciales pour les toxicomanes et les

²⁴ *Breaking down barriers. Clinical Case for Change: Report by Louis Appleby, National Director for Mental Health. Department of Health. 2007.*
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074579

²⁵ Direction de la santé du canton de Zurich, Psychiatrie zurichoise. Conception psychiatrique, Zurich, février 1999, p. 58

patients en géro-psycho-geriatrie/psychogeriatric soit incontesté (p. ex. Drop-In ou une division de gériatrie et de géro-psycho-geriatrie spécialisée), il est renoncé à un fractionnement de la prise en charge de base.

La prise en charge de base par la psychiatrie publique est offerte dans chaque secteur; des prestations sont fournies éventuellement en collaboration avec un autre secteur (exemple: unités de soins aigus d'une clinique psychiatrique).

8.4 Dimensions non abordées par le guide précité

Plusieurs recommandations du groupe ad hoc "Offres de soins psychiatriques intégrés" n'ont pas été traitées pour figurer dans le guide, et cela uniquement parce que l'outil de planification en question se voulait aussi pratique que possible pour satisfaire à l'article 39 LAMal.

Le guide doit tenir lieu d'aide à l'orientation aux départements de la santé, afin que les travaux à accomplir par un grand nombre de spécialistes d'obédiences diverses puissent être effectués dans les règles de l'art (de manière efficiente et efficace).

D'une manière générale, il appartient ensuite à ces spécialistes, cantonaux ou extra-cantonaux, d'accroître par leur expérience et leur savoir la complexité des différentes démarches de planification. C'est en particulier le cas pour les dimensions suivantes, lesquelles ont été exclues des étapes de planification parce qu'actuellement l'élément hospitalier n'est pas dominant ou parce que - à l'instar de l'addiction aux substances psychoactives - elles sont couvertes en grande partie par la prise en charge de base:

addiction aux substances psychoactives

déficit de présence psychiatrique à l'hôpital général

traitement spécifique des migrants

traitement spécial de la réadaptation et des défis qu'elle pose ("A l'inverse du domaine étroit de la psychiatrie [aiguë], la réadaptation connaît depuis longtemps en Suisse une stagnation lourde de conséquences ..." (groupe ad hoc, p. 39).

Constituent également des dimensions non traitées les effets croisés entre une pratique changeante ou à changer et une formation de base, postgrade et continue ainsi que le vaste domaine des questions de qualité.

Enfin, on notera que la présente documentation ne s'étend pas à l'élément particulièrement important du financement. Or, des changements substantiels dans la fourniture des soins psychiatriques ne sont possibles qu'à condition de reconsidérer fondamentalement le financement via la LAMal et via l'AI.

9 Annexe II: Programmes-modèles illustratifs

Cinq exemples de programmes-modèles sont présentés ci-après. Des programmes-modèles sont des mesures de prestataires qui modifient de façon ciblée des structures et/ou des processus et décrivent dans quelle proportion les buts fixés ont été atteints. Une liste comprenant d'autres programmes-modèles est consultable sur le site web de la CDS (www.gdk-cds.ch).

9.1 Psychiatrie aiguë de proximité (*Gemeindeintegrierte Akutpsychiatrie GiA*) dans la région psychiatrique de Lucerne-Ville

La région psychiatrique de Lucerne-Ville compte environ 180'000 habitants. Pour le traitement hospitalier des malades psychiques, le site de l'Hôpital cantonal de Lucerne (KSL) dispose d'un nombre de lits sensiblement inférieur à la moyenne suisse.

Le nombre notablement élevé d'hospitalisations psychiatriques hors canton a entraîné ces années passées pour le canton de Lucerne des coûts d'un demi-million en moyenne. Au lieu réduire ces coûts par des hospitalisations dans le canton (ce qui impliquerait une augmentation de l'offre en lits), il s'agit de développer des structures de soutien et d'assistance disponibles avec l'aide d'une équipe psychiatrique de proximité.

L'équipe comprendra onze postes à plein temps: un chef de clinique, un médecin assistant, huit infirmières et infirmiers et un travailleur social. Les dépenses doivent être couvertes par santésuisse et le canton de Lucerne à raison de 50% chacun (le canton de Lucerne prend de plus en charge les coûts d'investissement uniques). Un tarif de 254 francs par patient et par jour est appliqué. Cela correspond aux taxes journalières de la clinique psychiatrique de Lucerne-Ville pour l'année 2005.

L'équipe assure la prise en charge 24 heures sur 24. Les dépenses générées dans la clinique psychiatrique de Lucerne-Ville et dans la clinique de jour doivent être couvertes par les fonds de l'équipe de proximité.

La même équipe offre le traitement dit intégré. La responsabilité pour le traitement ambulatoire, semi-hospitalier et, si besoin, résidentiel lui est également transmise. L'attribution des patients au projet-modèle se fait aléatoirement. Le critère d'admission est sans exception l'attribution normale au traitement résidentiel, tant régulièrement qu'en cas d'urgence. Si une patiente ou un patient est admis durant la nuit, l'équipe psychiatrique de proximité l'examine le matin suivant.

Le canton de Lucerne et santésuisse ont fixé la durée du projet à deux ans, avec une option de prolongation d'une année. Les prestations et le degré de réalisation des objectifs du projet-modèle sont évalués dans un département de la clinique psychiatrique de Lucerne-Ville. Le lancement du projet-modèle est fixé à début 2007.

Ce projet séduit par la clarté de sa conception, qui laisse toutefois à l'équipe une marge de manœuvre importante. Une reproduction à des conditions quelque peu différentes dans un autre canton serait très souhaitable.

9.2 Cliniques de jour des services psychiatriques de Thurgovie et de la Clinique Littenheid

Les services psychiatriques de Thurgovie et la Clinique de psychiatrie et de psychothérapie Littenheid assument ensemble la responsabilité du projet et ont signé le 28 juin 2005 une "conception d'application commune de l'action pilote de clinique de jour des services psychiatriques Thurgovie/Clinique Littenheid". Le but visé est de stabiliser les journées d'hospitalisation au niveau de l'année 2004 et de faire baisser les entrées en clinique de 20 à 40%.

Les deux cliniques de jour partent d'une conception différente. Etant donné que la comparabilité existe dans une large mesure, la différenciation du dispositif permet de récolter des informations supplémentaires.

Tableau 2: Comparaison des conceptions des deux cliniques de jour

	Services psychiatriques thurgoviens	Clinique Littenheid
Type de clinique	Clinique de jour en amont	Division mixte: clinique de jour en amont et clinique de jour post-traitement
Emplacement	En dehors de la clinique, dans la périphérie de Kreuzlingen	Sur le site de la clinique
Taille	20 places	10 à 12 places
Infrastructure	Infrastructure existante "Orbit"	L'infrastructure a dû être créée.
Direction	La clinique de jour en amont est organisée comme une unité indépendante.	La clinique de jour est partiellement intégrée à l'exploitation.
Ouverture	Officiellement en janvier 2007	Mise en place par étapes et exploitation dès janvier 2006
Exploitation à plein régime	dès le début 2007	
Rapports	Rapports, accompagnés par le Service de la santé et par santésuisse	
Financement	Taxe journalière pour clinique de jour en amont: env. 300 fr., soit 48% des coûts imputables à charge des assureurs et 52% à charge du canton	Les taxes journalières actuelles pour les patients de jour et le financement existant seront maintenus.

Dans le cas des outils d'évaluation, il s'agit en fait d'échelles établies et de formulaires d'enquête (entre autres le catalogue de l'OMS pour apprécier la qualité de vie, la dé-

termination de la gravité des atteintes, le Global Assessment of Relational Functioning, le Brief Psychiatric Rating Scale).

Ce projet d'une durée de deux ans laisse entrevoir un grand nombre d'informations qui pourraient aussi s'avérer pertinentes pour la planification à établir par d'autres cantons.

9.3 Case Management de la Psychiatrie Intégrée de Winterthour

Ce projet pilote est terminé. Les processus et structures expérimentaux abordés ont été intégrés à la fourniture de prestations courante, l'évaluation devenant ici la routine.

La Psychiatrie Intégrée de Winterthour (ipw) dessert une région de prise en charge de 190'000 habitants. En 1999 débutèrent les travaux relatifs à un pilotage des prestations à connotation de mise en réseau. Avec le temps s'est instaurée la primauté des soins ambulatoires. La conséquence en fut une réduction du nombre de lits.

Dans le contexte de ces mutations, on a expérimenté des approches d'Intensive Case Management. Le projet a ensuite été évalué pour les années 2002 à 2004. L'objectif consistait à stabiliser les patients à problèmes multiples complexes et nécessitant impérativement des soins hospitaliers.

Deux Case Managers, employés chacun à 80%, ont accompli pour 50 patients des tâches de soutien direct, de représentation des intérêts des patients, de coordination entre personnes concernées, de coaching de l'entourage, etc. Ils ont obtenu avec le concours de toutes les personnes impliquées des résultats remarquables puisqu'il en est résulté près de 60% de journées d'hospitalisation en moins. Chez les patients soumis au Case Management, le Brief Symptom Inventory était sensiblement meilleur que chez les patients n'y étant pas soumis. C'est-à-dire que, chez les premiers, les symptômes étaient nettement moins lourds que chez les seconds. On a également pu constater des valeurs améliorées au niveau du Global Assessment of Functioning, de même que la Clinical Global Impression a montré des profils de changement nettement plus favorables.

Les patients inclus dans l'essai pilote tout comme le réseau impliqué ont globalement jugé l'intervention du Case Management très positive. Bien que l'essai pilote ne visait pas un relevé détaillé des charges (à juste titre d'ailleurs) puisque la rémunération des Case Managers était couverte par le crédit-cadre prévu pour cette région psychiatrique, les économies réalisées n'en étaient pas moins évidentes. (Cela est également vrai malgré le recours un peu plus fréquent au centre d'intervention en cas de crise.)

Dans la foulée des modifications intervenues à travers tous les processus et structures de l'ipw, il s'agit de faire de la fourniture de prestations par des Case Managers une

routine. Partant, l'Intensive Case Management fera en plus l'objet d'un test pour déterminer comment un certain élargissement du cercle "classique" des "heavy users" pourra être réalisé d'une manière à la fois efficiente et efficace.

Pour un nombre relativement réduit de heavy users visés dans l'essai pilote, on a estimé que l'Intensive Case Management était inadéquat. On envisage maintenant la mise en œuvre d'une équipe de prise en charge à domicile, appelée Assertive Community Treatment Model.

La croissance quasi organique de ce projet pilote convainc également par sa dimension pratique. Il ne tardera sûrement pas à faire des émules.

9.4 Lutte contre les conduites suicidaires dans le canton de Vaud

Le canton de Vaud prévoit pour la période 2007 – 2012 un plan d'action Santé psychique avec quatre programmes prioritaires:

- Lutte contre les conduites suicidaires
- Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination
- Améliorations de la prise en charge des situations de violence
- Amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique.

A titre d'exemple, un résumé du programme „Lutte contre les conduites suicidaires“ est présenté ci-dessous.

Le suicide est la deuxième cause de décès dans la tranche d'âge 15-34 ans en Europe. La Suisse a le 4^e taux de suicide au niveau mondial, le 2^e en Europe. Avec le présent programme, le nombre de tentatives de suicide et, si possible, le nombre de suicides doivent être réduits dans le canton de Vaud. Pour atteindre ces objectifs, il convient d'agir à quatre niveaux:

1. Approche du thème dans les médias: la manière dont les médias rendent compte d'un suicide peut avoir un effet d'imitation. Les journalistes doivent en être informés et se familiariser avec les directives existantes pour les médias sur la manière d'aborder le thème du suicide. De plus, l'approche du suicide dans les médias doit être observée et évaluée.
2. Formation des professionnels de première ligne: les professionnels de première ligne entrent relativement souvent en contact avec des personnes suicidaires. Ils doivent être formés pour les reconnaître et initier le traitement adéquat. Le modèle d'intervention „Terra/Séguin“²⁶ offre une aide utile à cet égard.

²⁶ Séguin, Monique et Jean-Louis Terra, Formation à l'intervention de crise suicidaire : manuel du formateur. Ministère de la santé et de la protection sociale ; Paris 2004.

3. Prise en charge des personnes ayant tenté de se suicider: afin de prévenir des récurrences, toute personne ayant fait une tentative de suicide doit être évaluée par un psychiatre. Dans ce but, un psychiatre de liaison assumant cette tâche doit être disponible dans chaque hôpital somatique.
4. Information de la population: la population ne sait aujourd'hui guère à qui il convient de s'adresser face à des menaces suicidaires. Les offres d'aide aux personnes menaçant de se suicider ou ayant d'autres affections psychiques sont souvent inconnues. Pour améliorer cette situation, il faut d'une part mettre en place un dispositif cantonal où les appels correspondants doivent être dirigés. La population doit d'autre part être informée que le numéro du service de garde 0848 133 133 est également valable en cas de problèmes psychiques en général et de menaces suicidaires en particulier.

L'évaluation des programmes et des actions correspondantes s'effectue au moyen de différents indicateurs. Le nombre de contacts annuels avec la presse sert par exemple à l'évaluation de l'approche du thème dans les médias, tandis que la formation des professionnels de première ligne est évaluée par le nombre de personnes formées.

9.5 Programme de formation continue pour les médecins généralistes et internistes à Genève

Depuis deux ans, le service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève a mis en place quatre groupes de supervision psychiatriques destinés aux généralistes et internistes. Ces groupes se réunissent huit fois par année dans chacun des quatre secteurs et sont animés par des médecins cadres du service. Ils ont lieu entre 12h00 et 14h00, font partie du programme de formation continue du service de psychiatrie adulte, qui prend en charge les honoraires, les frais de secrétariat et les frais de restauration. Chaque réunion fait l'objet d'un PV. Ces supervisions réunissent en moyenne une quarantaine de médecins internistes et généralistes au total.

De plus, le service de psychiatrie adulte organise huit colloques pour des psychiatres-psychothérapeutes par année, qui réunissent plus d'une trentaine de participants. Deux colloques de formation continue destinés à la communauté médicale de la région sont organisés chaque année.

En effet, depuis des années, le Département de psychiatrie collabore étroitement avec plus d'une soixantaine de psychiatres-psychothérapeutes travaillant en privé dans le cadre de la formation à la psychothérapie des médecins assistants. Le budget du département permet de financer la formation des assistants y compris pour la partie concernant les exigences de supervisions individuelles et de groupes.

Enfin, le Département de psychiatrie, sous la responsabilité du Professeur François Ferrero, a développé cinq programmes de formation continue universitaire destinés aux médecins et aux psychologues dont certains sont ouverts aux médecins généralistes et internistes et à d'autres professionnels de la santé. Ces cinq programmes concernent :

- Psychothérapie cognitivo-comportementale (diplôme et certificat)
- Psychothérapie psychanalytique (certificat)
- Thérapie de famille (diplôme)
- Thérapie comportementale dialectique (sessions de formation)
- Médecine psychosomatique et psychosociale (certificat en collaboration avec l'Université de Lausanne).

Toutes les informations se trouvent sur le site: www.unige.ch/formcont

■