

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

pour consultation

Guide

„Planification de la psychiatrie“

Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière"

Berne, le 27 novembre 2006

Citations et sources (à compléter lors d'une publication éventuelle):

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (200 fois), 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

Remarques:

Le 8 juin 2006 s'est déroulé un entretien entre une délégation de santésuisse et le groupe de travail "Planification hospitalière". La délégation de santésuisse juge l'orientation générale du guide positive. S'agissant du financement, les améliorations recherchées et les essais pilotes devront permettre à long terme d'instaurer des règles de financement tangibles. Il convient toutefois d'éviter que par la suite d'un décalage des prestations de l'hospitalier à l'ambulatoire des charges financières ne soient reportées de l'Etat sur les caisses-maladie.

* membres du groupe de travail "Planification hospitalière"

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
ZUSAMMENFASSUNG	4
1 BUTS DU GUIDE	7
1.1 PROPOSER DE L'AIDE AFIN D'ÉLABORER UNE PLANIFICATION QUI RÉPONDE À LA LAMAL	7
1.2 PRISE EN COMPTE DES SOINS AMBULATOIRES DANS LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE 9	
1.3 L'EXÉCUTION DE PROGRAMMES-MODÈLES EST INDISPENSABLE	10
2 PRINCIPES DIRECTEURS CONCERNANT LA PLANIFICATION/PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE	15
3 MODÈLE DE PLANIFICATION.....	17
4 ETAPES DE PLANIFICATION.....	18
4.1 HYPOTHÈSES ET BUTS DE LA PLANIFICATION	18
4.1.1 <i>Hypothèses de la planification</i>	18
4.1.2 <i>Buts de la planification</i>	19
4.2 BASES DE PLANIFICATION	21
4.2.1 <i>Evaluer annuellement les données de la statistique médicale</i>	21
4.2.2 <i>Favoriser la comparaison systématique, sur le plan intercantonal, des données relatives à la prise en charge</i>	21
4.2.3 <i>Recourir aux bases de planification étrangères</i>	21
4.2.4 <i>Obtenir avec la collaboration de l'Office fédéral des assurances sociales des données plus significatives pour les soins psychiatriques</i>	22
4.2.5 <i>Faciliter la comparaison des données sur la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA)</i>	22
4.3 EXPOSÉ DE LA SITUATION ACTUELLE.....	23
4.3.1 <i>Evaluations statistiques à connotation pratique</i>	23
4.3.2 <i>Identifier les flux de patients</i>	23
4.3.3 <i>Questionner d'autres prestataires</i>	24
4.4 ÉVALUATION DE L'OFFRE ACTUELLE	24
4.4.1 <i>Détermination d'une occupation inadéquate des lits</i>	24
4.4.2 <i>Analyse approfondie du recours aux prestations offertes</i>	25
4.4.3 <i>Implication des prestataires en dehors du réseau de la psychiatrie publique</i>	26
4.4.4 <i>Evaluation en tant qu' "apprentissage réfléchi"</i>	26
4.5 PRONOSTICS DES FUTURS BESOINS EN PRESTATIONS.....	27
4.5.1 <i>Pronostic sur la base du statu quo</i>	27
4.5.2 <i>Peu de facteurs à connotation causale pour déterminer l'offre</i>	28

4.5.3	<i>Apprendre d'autres cantons et de l'étranger</i>	28
4.6	SITUATION FINALE SOUHAITÉE	29
4.6.1	<i>Le secteur comme base de la fourniture des prestations</i>	29
4.6.2	<i>La région en tant qu'unité de prestations coiffant un secteur</i>	29
4.6.3	<i>Eviter de se focaliser sur la partie hospitalière de la prise en charge</i>	30
4.6.4	<i>Responsabilité commune avec les assureurs</i>	32
4.7	ÉLABORATION DE VARIANTES DE PRISE EN CHARGE	32
4.8	CONVENTION RELATIVE AUX PRESTATIONS.....	33
4.9	AMÉNAGEMENT DE LA LISTE HOSPITALIÈRE	34
4.10	FONCTION DE CONTRÔLE DU CANTON	34
5	ÉLÉMENTS DE PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES SPÉCIALES.....	36
5.1	PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	36
5.2	PSYCHOGÉRIATRIE.....	37
5.3	PSYCHIATRIE FORENSIQUE	40
6	POURQUOI DES PROGRAMMES-TYPES?.....	42
7	SÉLECTION DE LA LITTÉRATURE SPÉCIALISÉE	46
8	ANNEXE I: REMARQUES COMPLÉMENTAIRES.....	48
8.1	DIFFÉRENCES PAR RAPPORT À LA MÉDECINE SOMATIQUE	48
8.2	DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DE BASE PAR LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE	52
8.3	DIMENSIONS NON ABORDÉES PAR LE GUIDE PRÉCITÉ	53
9	ANNEXE II: EXEMPLES DE PROJETS PILOTES.....	54
9.1	PSYCHIATRIE DE PROXIMITÉ DANS LA RÉGION PSYCHIATRIQUE DE LUCERNE-VILLE..	54
9.2	CLINIQUES DE JOUR DES SERVICES PSYCHIATRIQUES DE THURGOVIE ET DE LA CLINIQUE LITTENHEID.....	55
9.3	CASE MANAGEMENT DE LA PSYCHIATRIE INTÉGRÉE DE WINTERTHOUR	56

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 liés 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) de stimuler 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 pris 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 peuvent être modifiés dans le sens d'une régression 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 s'ériger en 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 continuent toutefois de jouer un rôle important à l'avenir.

- g) Parmi les objectifs ou les grandeurs de référence à réaliser ou à expérimenter à long terme, on citera: le développement des soins ambulatoires et semi-hospitaliers ainsi que la réduction du nombre de lits de près de 4 pour 10'000 habitants. Plus de la moitié des moyens engagés en faveur des soins psychiatriques devront être affectés à des fins préventives, de prise en charge à domicile et de réadaptation dans les structures tant ambulatoires que semi-hospitalières.

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 cabinets de médecin de 1er recours, d'hôpitaux somatiques et autres services.

Des équipes mobiles sont 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 1er recours établis on offrira la possibilité de conclure des contrats relatifs à la prise en charge intégrée.

- h) On vouera une attention particulière 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 pronostiquer le besoin en prestations.
- 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 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 Beizug von Vergleichen mit dem Ausland ergeben sich Hinweise auf einen Mangel an teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen sowie

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

- g) Als längerfristig zu verfolgende und zu testende Ziele oder Orientierungsgrößen werden genannt: Der Ausbau der ambulanten und teilstationären Versorgung sowie die Reduktion der Betten auf etwa 4 pro 10'000 Einwohner. Substanziell mehr als die Hälfte der für die psychiatrische Versorgung eingesetzten Mittel sollen für präventive, aufsuchende und rehabilitative Leistungen in ambulanten und teilstationären Strukturen 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, Hausarztpraxen, somatischen Spitälern und weiteren Diensten angestrebt.

Bereits mittel- oder sogar kurzfristig sind mobile Teams vorzusehen. Zudem sollen die institutionellen Verbindungen zur Rehabilitation und Eingliederung verstärkt werden. Niedergelassenen Psychiatern und Hausärzten 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 Beachtung geschenkt werden.
- i) Für die Prognose des Leistungsbedarfs sind Vergleiche mit andern Leistungserbringern und der Bezug von ausländischen Planungsdokumenten angezeigt.
- 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 Kantone 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 Jah-

- re). 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.

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 (et donc aussi pour toute la durée d'un séjour nécessaire) des possibilités de substitution nettement plus nombreuses qu'en médecine somatique. 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 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-types. 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 géronto-psychiatriques/psychogériatrique 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 complément au chapitre VII 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 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. A titre d'exemple, on estime, s'agissant des cliniques psychiatriques publiques en Suisse, que l'on pourrait réduire en moyenne les admissions de manière substantielle et les jours d'hospitalisation de plus de 50% pour les patients actuellement hospitalisés durant 7 jours ou plus dans une clinique psychiatrique (malades psychiques en milieu forensique exclus), si les structures ambulatoires nécessaires étaient déjà largement disponibles.

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 une actualisation d'éléments du statu quo non réfléchis.

Cette analyse a été effectuée lors du traitement de l'élément principal "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 "Etapas de planification" (voir chapitre IV), 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 8.3).

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) commence 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-types.

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-types (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.»¹

¹ 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-types dans les différents services psychiatriques. L'application de programmes-types 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. 56s), 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 à 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-Campagne² 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^{ème} 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.

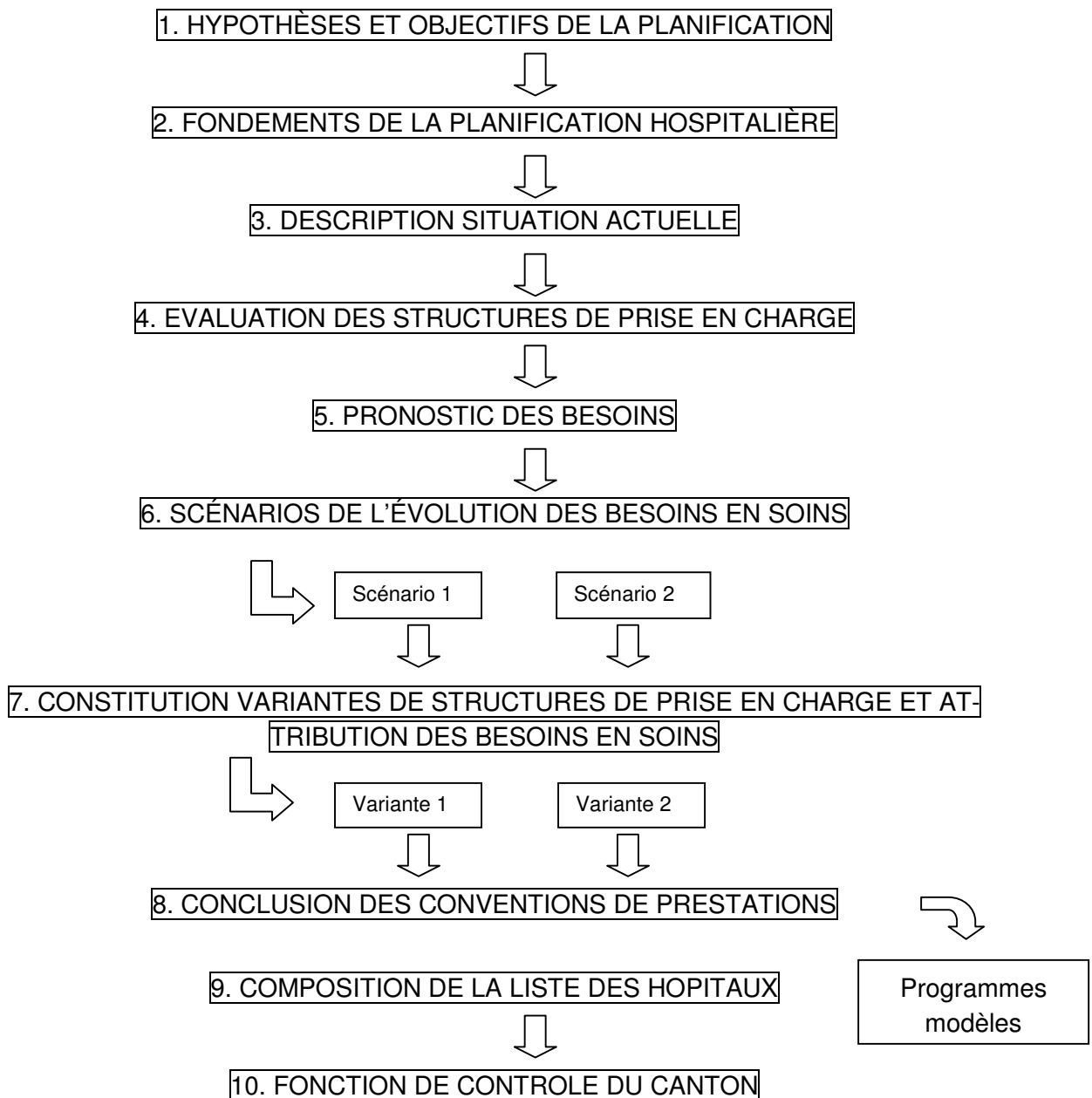
3. Il est recommandé de fixer des principes directeurs ou des principes de prise en charge avant d'établir une conception plus détaillée de la fourniture de prestations psychiatriques. Contrairement à nombre de planifications, il faudrait désormais tenter de concrétiser les principes de façon à permettre par la suite une évaluation aussi pertinente que possible du degré de leur mise en œuvre.

² 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'intention du comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), 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 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)³. "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. "

³ WHO EURO, Quels sont les arguments en faveur des soins 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 qu'en substance, 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 du Managed Care.

On s'attachera à développer de manière systématique les soins ambulatoires aux dépens des soins hospitaliers. A moyen terme on vise une réduction du nombre de lits à 7 pour 10'000 habitants en clinique psychiatrique dans le bassin d'affluence attribué. A long terme (10 à 12 ans), il convient de planifier au maximum 4 lits pour 10'000 habitants dans les cliniques de soins psychiatriques aigus.

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.

La clinique investie des soins de base devra passer avec des psychiatres établis des conventions concernant la "prise en charge intégrée", de manière à garantir leur collaboration à la fourniture des prestations ambulatoires, dans un hôpital de soins aigus, en prévention secondaire ainsi qu'en réadaptation. (Voir la définition des soins de base sous 8. Annexe I: Remarques complémentaires, 8.2).

La clinique investie des soins de base devra conclure des conventions de managed-care avec les médecins de premier recours dans les régions sous-dotées en soins psychiatriques. (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.)

La clinique investie des soins de base devra s'employer à développer les possibilités d'engagement à temps partiel de psychologues 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-type, 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 une distance dont la durée (par les transports publics) excède les 30 minutes;
 - 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 (médecins généralistes et une partie des spécialistes en médecine interne) se verront offrir par l'institution en charge des soins de base 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^{ème} étape du modèle de planification).

Une comparaison avec les cliniques extracantonales 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'affluence (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 Recourir aux bases de planification 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 en faveur de la démarche stratégique dans son propre canton sera privilégiée.

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 habitants.⁴ 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 habitants.⁵

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. Etant 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.

4.2.5 Faciliter la comparaison des données sur la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA)

L'Obsan a montré dans sa publication "*Données sur la prise en charge des malades psychiques en Suisse, 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 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% ou plus 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, de 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 PC, 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 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).

⁵ Evaluation du "NÖ Psychiatrieplan 1995, Wien 2004", www.noegussoziales.at/html/psychiatrieplan/.

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* (p. 31 à 33) sont aussi applicables à la planification de la psychiatrie. Les comparaisons entre données d'une clinique psychiatrique (ou des données des cliniques d'un canton) avec celles des autres cliniques retiennent ici tout spécialement l'attention.

On dispose ici d'enregistrements informatifs qui devraient permettre de mener un dialogue approfondi entre représentants des instances politiques et des 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 constituent dès lors une base de discussion sur l'investissement des ressources dans les institutions résidentielles d'un canton comparé aux prestataires extracantonaux.

Puisque les choses ont fortement bougé dans les cantons en termes de soins psychiatriques, on recommandera de produire et d'évaluer les enregistrements 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 «nouveauautés» 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 1^{er} recours et médecins spécialistes) et des personnes-clé 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 infiniment 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." (p. 46) Or cet état de fait est inacceptable non seulement au regard de la planification faisant l'objet d'un mandat légal. En fait, l'on se trouve aussi 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 lesquelles 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 généralistes), les collaboratrices de services sociaux et les personnes-clé 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 perméabilité, 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 can-

tons 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.

Alors que la planification stratégique recouvre pour le moins des hypothèses fondées sur le point de savoir si le nombre des personnes demandant de l'aide va augmenter, demeurer constant ou diminuer, on estime acceptable de se baser sur le statu quo pour de brèves périodes de planification (soit un rythme de planification de trois ans).

Cette procédure est même 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 ni, surtout, servir de base probante à un pronostic. La nouvelle méthode diagnostique (DSM) a eu un impact, la "psychiatriation" de comportements sociaux indésirables ou l'intervention de l'ethnopsychiatrie auprès de certains groupes d'immigrés, etc. pouvaient éventuellement aussi y avoir exercé une influence. Mais on peut sans doute y 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 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-types 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 8.2) 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 desservie 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 toutefois, 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, de la non-stigmatisation, de la prise en compte de la situation sociale, de l'orientation personnelle, de 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'efficacités. 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 en 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.

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 laquelle 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 prestations⁶ (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 toutes les prestations prospectives. 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.

⁶ p.ex.: Ch. Roick et al., Das Regionale Psychriatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen, dans: Psychiatrische Praxis, vol. 32, 2005, p. 177-184.

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 s'agit en l'occurrence non 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.

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. Rössler⁷). 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":

⁷ W. Rössler, *Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung?*, dans: *Nervenarzt*, vol. 74, 2003, p. 552-560.

- 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^{ère} phase de planification.
- Stricte mise en réseau et processus d'intégration d'institutions du domaine social dans la fourniture des soins psychiatriques.
- Des conventions devront être conclues avec des psychiatres établis pour une "prise en charge intégrée". Le but est de faire soigner par ces médecins spécialistes, durant la 1^{ère} période de planification, au moins un dixième des patients traités en médecine somatique et réadaptation.
- Un engagement devra être pris avec les médecins de premier recours au titre du Managed-care. Les coûts supplémentaires des soins prodigués par les généralistes et les médecins spécialisés en médecine interne 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 maladies 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 toutes les autres institutions ou prestataires 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 géro-psycho-geriatrique ou psychogériatrique pour le traitement intensif de malades psychiques.
- Des conventions sont conclues avec toutes les institutions et prestataires 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 généralistes 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 [rester 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

Le texte à rédiger dépend de manière déterminante de ce que le groupe de travail "Planification hospitalière" approuve ou non l'information contenue dans le présent document.

On précisera simplement que le groupe ad hoc "Offres de soins psychiatriques intégrés" n'a émis aucune recommandation concernant l'organisation des prestations à fournir et la gestion de ce domaine de l'Etat par les instances cantonales compétentes (département ou direction).

Il est exclu de planifier des soins psychiatriques futurs et de les mettre en œuvre sans déterminer qui fixe la planification stratégique, comment et selon quels critères (avec

quel degré de détail), ni sans déterminer jusqu'à quel point les moyens financiers peuvent être mis à disposition dans des domaines d'une certaine importance.

Dans le cadre des travaux liés à une planification cantonale et/ou intercantonale de la psychiatrie, il s'agit aussi de déterminer quels sont les critères permettant d'évaluer les résultats de la fourniture de prestations. L'appréciation des prestations fournies par un service particulier constituera l'exception. Moyennant les prémisses d'une nouvelle planification de la psychiatrie, un défi important à relever consiste en la qualification d'éléments d'une collaboration ayant fait l'objet d'un mandat et en l'analyse de l'accomplissement des tâches. (La contrainte d'une opérationnalisation – ou tout au moins d'une description minutieuse d'un segment de tâche – est un moyen judicieux de rendre désormais les planifications transparentes et précises.)

Pour franchir cette étape de planification, il reste beaucoup d'efforts à accomplir de la part des instances cantonales. Cet élément a largement été négligé dans les planifications consultées.

Bien que plusieurs cantons fonctionnent sur la base de budgets globaux, il n'a pas été possible de déterminer à ce jour des indicateurs significatifs. (Dans le canton de Berne, par exemple, on utilise comme indicateur de performance "Modification de l'état de santé chez les patients hospitalisés, déterminée par Clinical Global Impression Scale, CGI). Comme indicateur de prestations, on connaît pour les institutions d'accueil obligatoire une interdiction de refuser un patient.)

Le cas échéant, les cantons veillent à ce que les droits des patients soient garantis notamment aussi en cas de mesures contraignantes (hospitalisation et traitement).

5 Éléments de prestations psychiatriques spéciales

5.1 Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Les tâches dévolues à la psychiatrie d'enfants et d'adolescents comprend davantage de domaines d'activité pour 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"⁸. 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 a fortiori dans des contrées à faible densité démographique ne sont que rarement présents.

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, a 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.).

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). Des psychiatres d'enfants et d'adolescents établis seront recrutés à cet effet. Au cas où cela ne serait pas possible, c'est le canton qui garantit l'activité consultative. Un engagement consultatif intense des psychiatres d'enfants et d'adolescents et 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.

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

⁸ Kantonale Psychiatrische Dienste, Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Liestal, septembre 2003, p. 30.

- soins hospitaliers en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (de 3 à 4 lits pour 100'000 habitants, abstraction faite de ceux de la pédagogie curative),
- division hospitalière de soins psychiatriques en milieu forensique pour adolescents dans chaque région linguistique,
- traitement hospitalier des toxicomanies chez les adolescents.

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 ou 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'organisation 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'elles 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 1er 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 soi⁹). 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 efficient 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

⁹ 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 référera 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, à l'image 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 socio-thérapeutiques 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 s). 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-types?

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, etc..

3. 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".
4. 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, dans la mesure où les maladies psy-

chiques et leurs méthodes de traitement ne sont pas comparables à une intervention chirurgicale, et cela pour toutes sortes de raisons. Sans vouloir énumérer de manière exhaustive les grandes 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 du 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 le 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 ambulatoire, 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.

5. 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 de patients prometteurs est forcément relativement modeste.

Dans la situation telle qu'elle se présente en Suisse, s'ajoute le fait qu'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 I 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 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 des programmes-types et ensuite d'évaluer le programme-type retenu. ("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'ambulatoire 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'ambulatoire, 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." ¹⁰)
 - En Angleterre, il a été effectué vers la fin des années 90 un recensement général du domaine des prestations psychiatriques à l'intention 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.. ¹¹
6. 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

¹⁰ 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 s.

¹¹ Department of Health, The NHS Plan – A Plan for Investment, A Plan for Reform, Londres 2000.

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-types 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.

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 akutenpsychiatrischer 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.

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

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 aux 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'une durée de déplacement d'une demi-heure fait diminuer le recours aux prestations proportionnellement à la distance.

Cet état de fait devra être pris en compte dans une planification 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 défaillante 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 généralistes et les spécialistes en médecine interne 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 (généralistes et une partie des internistes), 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 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 psychiatrie.¹² (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 du "Managed Care" 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.

¹² K. Ernst, Psychiatrische Versorgung heute, Stuttgart et Berlin 1998, p.44 ff

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

A l'appui de la conception psychiatrique du canton de Zurich¹³, on entend par prise en charge de base 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 géronto-psychiatrie/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 patients en géronto-psychiatrie/psychogériatrie soit incontesté (p. ex. Drop-In ou une

¹³ Direction de la santé du canton de Zurich, Psychiatrie zurichoise. Conception psychiatrique, Zurich, février 1999, p. 58

division de gériatrie et de géronto-psychiatrie/psychogériatrie 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).

8.3 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
- défaut 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: Exemples de projets pilotes

9.1 Psychiatrie de proximité dans la région psychiatrique de Lucerne-Ville

Cette région psychiatrique dessert une population de quelque 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.

Pour le canton de Lucerne, le nombre relativement élevé d'hospitalisations psychiatriques hors canton génère des coûts induits de l'ordre de quelque 700'000 francs (état 2003). Au lieu de les réduire 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.

Une équipe formée d'une douzaine de collaborateurs à plein temps "participera au traitement de routine des patients soumis à un traitement hospitalier aigu de la même manière que les trois unités de soins psychiatriques déjà en place". Au total, (seuls) six lits sont à la disposition de l'équipe de proximité.

Par dérogation aux pratiques habituelles en usage jusqu'à maintenant dans les unités de soins aigus, l'équipe de proximité a pour mandat de "limiter à un minimum raisonnable" la durée d'hospitalisation par des soins de proximité et par un suivi appuyé. D'une part, il s'agit d'éviter par des interventions ambulatoires les hospitalisations pour lesquelles il n'existe pas d'indication contraignante. D'autre part, des efforts doivent être entrepris pour que le séjour hospitalier soit aussi bref que possible, entre autres par un suivi plus intensif et prolongé.

Au total, il s'agit de recruter pour le projet modèle, au cours des 12 à 18 premiers mois de l'étude, un contingent de 300 patients. Les 200 premiers patients qui recourront aux prestataires de soins psychiatriques de la région Lucerne-Ville ou qui lui seront attribués constitueront un groupe de contrôle formé de manière aléatoire qui sera "soumis au traitement usuel de la région".

Selon les informations disponibles, le projet modèle s'étendra sur une durée de trois ans au moins. Prévu initialement, un projet modèle analogue en dehors du canton de Lucerne n'a pas encore été mis en place à ce jour.

On ne connaît pas encore les détails des éléments d'évaluation.

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%. La convention relève que, dans les deux cas, "il ne s'agit pas d'une offre psychiatrique supplémentaire mais d'une alternative au traitement hospitalier".

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 1: 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 santéuisse	
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 détermination 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 pertinents 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 y 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 toutes les structures et processus 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 via le 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 son rapport pratique non prétentieux. Il ne tardera sûrement pas à faire des émules.

■