



Nationale Gesundheitspolitik Schweiz  
Politique nationale suisse de la santé  
Politica nazionale svizzera della sanità  
Politica naziunala svizra de la sanidad

# Santé psychique

**Projet destiné aux  
prises de position  
jusqu'à mi mai 2004**

**Stratégie nationale  
visant à protéger, promouvoir,  
maintenir et rétablir  
la santé psychique  
de la population en Suisse**

**Février 2004**

# Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse

Projet destiné aux prises de position, jusqu'à mi mai 2004

Institution chargée du projet: Politique nationale suisse de la santé (PNS)

Chef de projet: Philippe Lehmann

Responsable du développement  
de la stratégie: Regula Rička, PNS

Collaboration de:

- Niklas Baer, clinique psychiatrique, Bâle-Campagne, Liestal
- Jürg Gassmann, Pro Mente Sana
- Salome von Greyerz, Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Sabine Gurtner, PNS
- Hans Kurt, Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie/ Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psycho-therapeuticorum (FMPP)
- Peter C. Meyer, Observatoire suisse de la santé
- Jean-Pierre Papart, Actions en santé publique, Genève
- Roland Unternährer, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS)
- Franz Wyss, CDS

Layout et gestion des données : Monika Graser, PNS

Traduction: Marianne Tille

Février 2004



## Table des matières

Résumé.....	7
<b>Partie A: Cadre de référence</b>	
<b>1 Introduction .....</b>	<b>17</b>
1.1 Orientation générale de la stratégie.....	17
1.2 Objectifs de la stratégie.....	18
1.3 Développement de la stratégie.....	19
1.4 Survol des différents chapitres .....	20
<b>2 Bases de la stratégie .....</b>	<b>22</b>
2.1 Définition de la santé psychique .....	22
2.2 Notions de crise psychique, maladies et troubles psychiques, handicap lié aux problèmes psychiques.....	22
2.3 Les valeurs fondamentales .....	24
2.4 La santé psychique, un processus qui s'étend sur toute la vie .....	25
2.4.1 Les caractéristiques bio-psycho-sociales de l'individu.....	25
2.4.2 Santé psychique des différentes générations aux diverses étapes de la vie .....	26
2.5 Déterminants de la santé psychique.....	29
2.5.1 Déterminants bio-psycho-sociaux.....	30
2.5.2 Déterminants socio-économiques .....	30
2.5.3 Déterminants socioculturels.....	31
2.5.4 Déterminants institutionnels .....	32
2.6 Tendances européennes et internationales en matière de politique de santé psychique .....	33
2.6.1 Recommandations à caractère international .....	33
2.6.2 Bases théoriques et tendances actuelles sur le plan international.....	34
<b>3 Données relatives à la santé psychique et à la fréquence, à l'étendue et aux conséquences des troubles psychiques .....</b>	<b>38</b>
3.1 La santé psychique dans la population en Suisse.....	38
3.1.1 Bien-être psychique des enfants et adolescents et leur gestion des contraintes .....	38
3.1.2 Bien-être psychique des adultes jusque dans le 4ème âge et formes de maîtrise des problèmes psychiques .....	39
3.1.3 Phénomènes migratoires .....	40
3.1.4 Expériences de la violence et de victimisation .....	41
3.2 Fréquence des troubles psychiques .....	41
3.2.1 Troubles psychiques chez les enfants et les adolescents.....	41

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

3.2.2	Troubles psychiques chez les adultes .....	42
3.2.3	Troubles psychiques durant la vieillesse .....	43
3.3	Mortalité .....	43
3.4	Conséquences de la maladie (burden of disease) .....	45
3.4.1	Performances et capacité de travail.....	45
3.4.2	Maladie psychique et rente d'invalidité.....	46
3.5	Qualité de vie des malades psychiques chroniques.....	47
<b>4</b>	<b>Offres de prise en charge et recours aux soins - coûts et financement de la santé et de la maladie psychique .....</b>	<b>48</b>
4.1	Offre .....	48
4.1.1	Offres de promotion de la santé et de prévention.....	49
4.1.2	Travail bénévole, aide à soi-même (entraide), participation des malades et des proches .....	50
4.1.3	Offre de soins en médecine générale et en psychiatrie .....	51
4.1.4	Offres de formation de base, continue et de perfectionnement en psychiatrie, psychothérapie, soins et travail social .....	52
4.2	Recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques.....	53
4.2.1	Traitements en pratique privée.....	55
4.2.2	Traitement hospitalier, semi-hospitalier de personnes souffrant d'une maladie psychique .....	55
4.2.3	Soins infirmiers psychiatriques ambulatoires .....	56
4.2.4	Mesures prises contre de la volonté des patients .....	56
4.3	Coûts et financement de la santé et de la maladie psychiques .....	57
4.3.1	Coûts de la protection et de la promotion de la santé psychique.....	57
4.3.2	Coûts des structures de prise en charge psychiatrique ambulatoire et hospitalière .....	58
4.3.3	Financement des structures de prise en charge psychiatrique hospitalière et ambulatoire .....	59
4.3.4	Coûts économiques des troubles psychiques .....	60
<b>5</b>	<b>Bilan, analyse de la nécessité d'agir et pistes de solutions .....</b>	<b>62</b>
5.1	Résumé et bilan .....	62
5.2	Nécessité d'agir et pistes pour des solutions .....	64

### **Partie B: Plan d'action**

<b>6</b>	<b>Recommandations .....</b>	<b>73</b>
6.1	Coordination et coopération nationales et internationales .....	75
6.1.1	Coordination et coopération régionales, supra-régionales et nationales .....	75
6.1.2	Coordination internationale .....	76
6.2	Coordination et coopération multisectorielles .....	78

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

6.3	Identification du problème, monitoring continu et synthèse des données disponibles.....	79
6.4	Information et sensibilisation de la population .....	81
6.5	Promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail.....	83
6.6	Détection précoce des maladies psychiques et interventions visant à maintenir l'intégration sociale, scolaire et professionnelle et prévenir l'invalidité.....	86
6.7	Promotion de l'entraide, de l'aide bénévole, du soutien des proches et de la participation des personnes concernées à tous les niveaux du système de santé.....	88
6.8	Développement de la qualité des offres de soins en médecine générale, en psychiatrie et psychothérapie .....	90
6.8.1	Développement des offres de soins psychiatriques et psychothérapeutiques .....	90
6.8.2	Offre de soins coordonnés .....	94
6.8.3	Planification conforme aux besoins.....	96
6.9	Adaptation de la législation.....	98
6.10	Promotion de la relève; recherche et développement .....	100
6.10.1	Promotion de la relève.....	100
6.10.2	Recherche et développement .....	102
6.11	Résumé des objectifs.....	104

### **Partie C: Mise en oeuvre**

<b>7</b>	<b>Propositions pour à la mise en oeuvre .....</b>	<b>109</b>
----------	--	------------

### **Partie D: Annexes**

Annexe I:	Genèse de la stratégie visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique
Annexe II:	Offres de prise en charge psychiatrique: problèmes et recommandations – un rapport d'expert du groupe ad-hoc «Offres de soins psychiatriques intégrés»
Annexe III:	Exemples de pratiques innovantes
Annexe IV:	Bases légales
Annexe V:	Bibliographie
Annexe VI:	Liste des abréviations



## Résumé

### **Situation de départ**

Les expériences positives réalisées dans la politique de lutte contre la drogue et contre l'infection VIH/Sida ainsi que la nécessité de déceler à temps les problèmes de santé de la population et d'y remédier ont conduit la Confédération et les cantons à créer une structure de politique nationale de la santé. A cet effet, le projet Politique nationale suisse de la santé a été initié en novembre 1998, fruit de l'initiative commune de la Conférence suisse des directrices et directeurs des affaires sanitaires (CDS) et du Département fédéral de l'intérieur.

Lors de la conférence nationale organisée en mai 2000 à Fribourg par le Projet Politique nationale suisse de la santé, les responsables gouvernementaux de la Confédération et des cantons ont choisi la santé psychique comme l'un des trois thèmes sur lesquels ils souhaitent développer une politique de santé commune. La direction du projet Politique nationale suisse de la santé a alors été chargée de préparer les bases d'une décision politique.

Le présent projet de stratégie a été développé au cours de ces trois ans avec le plus grand nombre possible d'acteurs oeuvrant dans le domaine de la santé psychique. Grâce à des relevés et analyses spécifiques du projet Politique nationale suisse de la santé, de l'Observatoire suisse de la santé, à des ouvrages spécialisés parus en Suisse et à l'étranger, à la tenue de sept séminaires et à l'expertise de groupes d'accompagnement mis en place dans ce but, la présente stratégie correspond à l'état actuel des connaissances et aux pratiques innovantes introduites en Suisse. Cette stratégie sera encore adaptée et finalisée en fonction des prises de position reçues.

### **Orientation stratégique**

La présente stratégie visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique s'inscrit dans une démarche de santé publique. Cette approche intégrative se fonde sur une compréhension globale de la santé et de la maladie; en d'autres termes, cela signifie que la santé psychique est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques et économiques. La réduction durable de l'incidence et de la prévalence des troubles psychiques ne peut s'effectuer uniquement par des décisions de politique de la santé mais doit se fonder sur des politiques publiques plus générales. Celles-ci ont pour objectif d'influencer de manière positive les conditions-cadres nécessaires à une intégration sociale, scolaire et professionnelle de la population.

Dans le présent projet de stratégie, nous présentons les réflexions faites à ce sujet. Les bases conceptuelles, scientifiques et statistiques de la santé et de la maladie psychiques sont rassemblées dans la première partie. A partir de là, nous tirons un bilan et établissons les besoins d'agir; et enfin, nous définissons des propositions de solution qui permettent de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique. Cette



première partie constitue le cadre de référence de la stratégie. Dans la deuxième partie, nous proposons dix recommandations pour un plan d'action à court et à moyen terme. Enfin, dans la dernière partie, nous esquissons un concept de mise en œuvre visant à garantir une procédure cohérente compte tenu du partage des compétences et des responsabilités. Ces trois parties permettent de définir une stratégie cohérente, laquelle est censée non seulement contribuer à améliorer la santé psychique de la population mais aussi améliorer le rapport coût-utilité des offres de prises en charge. Il devrait aussi être possible de freiner à moyen et long terme les coûts directs et indirects engendrés par les troubles et les maladies psychiques.

En partant de la présente stratégie, qui sera encore retravaillée en fonction des prises de position reçues, la Confédération et les cantons devraient pouvoir se mettre d'accord, vraisemblablement à fin 2004, sur les objectifs à atteindre pour les prochaines années.

### **Objectifs de la stratégie**

La stratégie de santé psychique s'adresse aux décideurs politiques, donc aux autorités de la Confédération et des cantons, ainsi qu'aux organisations spécialisées en santé publique et du domaine social et aux organisations de personnes concernées et de leurs proches. En collaboration avec leurs partenaires des secteurs de la santé, de la formation et de l'économie, la Confédération et les cantons devraient avoir pour tâche de concrétiser ces recommandations générales par un plan d'action, tenant compte des besoins différents des régions, afin que les objectifs généraux ci-après puissent être atteints dans un délai de dix ans:

- Accroissement de la bonne santé psychique dans la population résidant en Suisse
- Meilleure prise de conscience des aspects positifs de la santé psychique
- Accès meilleur à des traitements appropriés
- Amélioration de la coopération des personnes concernées et de leurs proches
- Diminution de la chronicité des troubles psychiques et du nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI
- Diminution du nombre de suicides
- Augmentation de la satisfaction des patients et diminution des cas de burnout (épuisement) chez les professionnels
- Meilleure attractivité du travail avec les malades psychiques

Afin d'atteindre ces objectifs, le plan d'action s'articule autour de dix recommandations ayant pour but de favoriser une meilleure mise en réseau et coordination, de renforcer les potentiels existants et de combler les lacunes constatées.

1. Coordination et coopération nationales et internationales
2. Observation du problème; surveillance continue et synthèse des données disponibles
3. Coordination multisectorielle
4. Prise de conscience par la population de l'importance de la santé et des maladies psychiques
5. Promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail

6. Détection précoce de la maladie psychique; intervention précoce qui permet de maintenir l'intégration scolaire et professionnelle ; prévention de l'invalidité
7. Promotion de l'entraide, de l'aide à soi-même, de l'aide bénévole, du soutien des proches et de la participation des personnes concernées à tous les niveaux du système de santé
8. Développement de la qualité tout au long de la chaîne des offres de soins, jusqu'à la guérison et à la réadaptation des personnes atteintes de maladies psychiques
9. Adaptation de la législation
10. Encouragement de la relève de spécialistes dans les domaines de la médecine, des soins, de la psychologie et du travail social ; intensification de la recherche et développement

Des actions coordonnées entre les différents acteurs s'inscrivant dans le cadre de ces dix recommandations profiteront à l'ensemble de la population ainsi qu'aux groupes de population à risques élevés et aux malades et handicapés en raison de problèmes psychiques, à toutes les étapes de la vie.

### ***La santé psychique et l'importance des maladies psychiques***

La santé psychique est le résultat d'interactions dynamiques complexes entre les déterminants de la santé biologiques, psychologiques, socio-économiques et socio-culturels.

Il faut comprendre la santé psychique comme un processus qui s'étend sur toute la vie. Chaque génération est confrontée, au cours des différentes étapes de la vie, à d'autres défis psychiques qu'il s'agit de relever.

La dynamique des maladies psychiques n'est pas semblable à celle des maladies somatiques. L'apparition de la maladie, le maintien de l'autonomie, l'intégration sociale ainsi que les relations avec les personnes psychiquement malades réclament une attention particulière.

Pendant des décennies et dans le monde entier, la santé psychique a été le parent pauvre de la politique de la santé, et donc négligée. Même la médecine a un rapport ambigu avec la santé psychique. Nous vivons une époque dominée par les progrès médico-techniques et les acquis psycho-sociaux thérapeutiques et salutogénétiques occupent un rang inférieur. Les connaissances issues de la psychologie et de la thérapie psycho-sociale montrent pourtant clairement que la santé psychique est fondamentale non seulement pour l'individu mais aussi pour la collectivité.

Les maladies psychiques sont largement répandues. Les études épidémiologiques nationales et internationales réalisées dans les années septante à nonante montrent que presque une personne sur deux souffre une fois dans sa vie, plus ou moins longuement, d'une maladie psychique. La vulnérabilité est plus élevée à l'occasion des périodes de transition (début de la scolarité, puberté, entrée dans la vie professionnelle et sortie de celle-ci, etc.) et chez les personnes qui doivent surmonter des événements critiques de l'existence (divorce, insuccès professionnels, violence de

toute sorte, etc.). Le potentiel de mise en danger de l'individu augmente lorsque plusieurs risques sont cumulés.

Selon les estimations, 20 à 25 pour cent de l'ensemble de la population souffrent chaque année d'une maladie psychique correspondant à un diagnostic reconnu (env. 1'500'000 personnes). Une grande partie des maladies psychiques est traitée par la médecine générale. Pour 5 à 10 pour cent des cas, un traitement psychiatrique et psychothérapeutique s'avère pourtant nécessaire. On estime que 2 à 3 pour cent des adultes souffrent d'une maladie psychique chronique.

Le taux de mortalité (à l'exception du suicide) est bas pour tous les troubles psychiques. Mais la détresse personnelle peut conduire à une crise suicidaire. En Suisse, plus de 1'300 personnes se suicident chaque année.

Le nombre des malades psychiques qui touchent une rente d'invalidité augmente de manière continue depuis 1986, et proportionnellement beaucoup plus fortement que le nombre de bénéficiaires d'une rente AI versée en raison d'une maladie somatique. Selon la statistique de l'assurance-invalidité 2003, 80'000 hommes et femmes sont au bénéfice d'une rente AI en raison d'une maladie psychique. Les personnes plus jeunes sont touchées de manière accrue par ce phénomène.

### **Offres de soins et recours aux traitements**

Les analyses concernant les offres de prise en charge et le recours aux soins montrent que la Suisse dispose, dans les secteurs de la santé et du social, d'offres qualitatives de haut niveau en matière de conseils, de traitement et de suivi. La plus grande partie des malades psychiques ont accès à des soins de qualité, quantitativement suffisants et méthodologiquement différenciés. Ce sont généralement des personnes socialement intégrées, qui souffrent de troubles définis et qui ont temporairement besoin d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique.

Néanmoins, il existe pour certains groupes de patients des points faibles et des lacunes, que ce soit au niveau des structures de l'offre, de la détection précoce, du traitement, de la réadaptation, du financement ou de la législation. Les patients souffrant de graves troubles psychiques qui handicapent leur vie sociale sont aujourd'hui souvent traités en milieu hospitalier; ils ne disposent pas en quantité suffisante de services ambulatoires et semi-hospitaliers coordonnés, en réseau avec les institutions hospitalières. En raison de ce manque d'offres de soins coordonnés, un traitement approprié, efficace et économique de même qu'un suivi de ces malades psychiques n'est pas toujours garanti.

Dans les institutions universitaires avant tout, il existe pour les enfants, adolescents, adultes et personnes âgées des modèles de bonnes pratiques, des moyens d'intervention efficaces permettant d'améliorer la santé psychique, de guérir et de soulager les malades psychiques. Mais il manque souvent le transfert du savoir entre science et pratique, si bien que des solutions prometteuses, comme celles qu'offre par exemple la psychiatrie sociale, ne sont pas accessibles à une large majorité de la population.

La dissociation croissante, au niveau légal et institutionnel, des compétences en matière de traitement et de réadaptation psychiatrique va à l'encontre des exigences de traitement des malades et handicapés en raison de problèmes psychiques. Malgré une offre institutionnelle abondante et l'engagement de ressources importantes, la réadaptation psychiatrique est caractérisée par son inefficacité et sa stagnation professionnelle. Un centre de compétence s'occupant de recherche en réadaptation psychiatrique fait défaut en Suisse.

Le manque de développement spécifique et de liens interprofessionnels dans le domaine de la santé résulte entre autres du fait qu'une coordination et coopération régionales et interdisciplinaires n'existent pas en Suisse. Les mécanismes actuels de régulation agissent beaucoup plus à l'interne sur les différents prestataires de soins que vers des offres intégrées de traitement et de réadaptation (disease management). Des concepts cantonaux, voire supra-régionaux sont quasiment inexistantes.

De plus, les préjugés face aux personnes atteintes d'une maladie psychique sont encore très largement répandus dans la population si bien que la peur de se voir stigmatisée peut empêcher qu'une personne recoure à temps à un traitement approprié. C'est la raison pour laquelle les malades psychiques souffrent souvent trop longtemps avant de se mettre en quête d'une aide appropriée (pour autant qu'ils le fassent) ou de la recevoir. Inversement, beaucoup trop de personnes sont encore traitées en Suisse contre leur gré. Les témoignages de celles et ceux qui ont passé par la psychiatrie font souvent état, dans le domaine de l'hospitalisation forcée, de possibles violations des droits de la personne et de la liberté. Il s'agit là d'un thème récurrent.

Les lacunes de la prise en charge concernent aussi la détection et l'intervention précoces ainsi que le maintien de l'intégration sociale et professionnelle des malades psychiques. La Suisse n'a pas non plus de programme national de prévention du suicide.

Enfin, il s'agit d'améliorer dans toutes les régions linguistiques le traitement d'un groupe numériquement faible, les délinquants psychiquement malades, afin de protéger l'ensemble de la population.

### **Coûts**

Nous ne disposons en Suisse que de très peu de données concernant les coûts occasionnés par les maladies psychiques et leur financement. Au total, les coûts de la prise en charge psychiatrique ambulatoire et hospitalière s'élèvent à environ cinq pour cent (2.115 milliards de francs) des coûts totaux de la santé (46 milliards). En 2002, le montant des rentes AI allouées à des personnes atteintes de troubles psychiques s'élève en outre à 1.8 milliards de francs. Si l'on applique à la Suisse les modèles internationaux de calcul des coûts directs et indirects liés aux troubles psychiques, les maladies psychiques ont entraîné en 2001 des conséquences économiques de 16 milliards de francs par rapport à un produit intérieur brut de 415 milliards.

### **Bases conceptuelles**

Le présent projet de stratégie et les recommandations qu'il contient quant au développement des formes d'intervention et aux adaptations législatives se fonde sur les principes de l'égalité en droit, du respect de la dignité humaine et de la protection de la sphère privée ancrés dans la Constitution fédérale, ainsi que sur la convention européenne des droits de l'homme et sur les textes correspondants de l'ONU. Ces principes requièrent également un équilibre approprié entre la protection de l'intégrité d'une personne, ses libertés personnelles ainsi que la nécessité de protéger la santé d'autrui.

En élaborant les recommandations du plan d'action, nous avons tenu compte des stratégies de santé psychique d'autres pays. En Europe, les nouvelles stratégies basées sur l'évidence ne se limitent plus exclusivement à la traditionnelle planification des institutions psychiatriques. Au contraire, ces stratégies tiennent compte des effets positifs et négatifs des mutations de la société et tendent à une amélioration multisectorielle de la santé psychique axée sur les besoins de la population. Afin de réduire l'incidence et la prévalence des troubles psychiques, elles proposent une approche thérapeutique multisectorielle et une chaîne de traitement coordonnée, qui va de la promotion de la santé psychique jusqu'à la réadaptation.

### **Vue d'ensemble des recommandations du plan d'action**

Afin d'améliorer l'état de santé psychique de la population et de promouvoir la qualité de vie en Suisse, il est nécessaire que la santé psychique fasse partie intégrante de la santé publique. Toutes les recommandations fournissent une contribution directe ou indirecte à la santé et au bien-être psychiques de la population résidant en Suisse.

Les trois premières recommandations concernent les politiques publiques (politique sociale, politiques de la formation, du marché du travail, des handicapés, etc.). Dans l'optique d'une approche globale de la santé, il s'agit de promouvoir la santé psychique dans tous les groupes d'âge, indépendamment de leur origine sociale et culturelle. Grâce à une observation et à un monitoring continu de la santé et de la maladie psychiques au sein de la population et grâce à une coordination multisectorielle des actions, il devrait être possible d'assurer la continuité, le développement et la mise à jour régulière de la présente stratégie.

La quatrième recommandation se rapporte à la sensibilisation et à l'information du public. En étant correctement informée sur la santé et la maladie psychiques, la population devrait être en mesure de faire preuve de bonnes réactions et d'abolir les préjugés injustifiés. Une telle campagne d'information n'atteindra son objectif que si elle est intégrée dans la stratégie globale pour la santé psychique.

Les recommandations cinq à huit se rapportent à la chaîne des interventions et prises en soins: promotion de la santé, prévention, entraide, médecine générale, psychiatrie et psychothérapie. Cette chaîne d'interventions soins constitue en fait le noyau de la présente stratégie. Ces recommandations cinq à huit se focalisent en particulier sur le

développement spécifique de la psychiatrie, le besoin de coordination et les mesures remédiant aux lacunes constatées dans l'offre de prise en charge, tout en tenant compte des conditions sociales changeantes. Par ces recommandations, on cherche à atteindre les objectifs principaux suivants:

- La promotion de la santé et la prévention contribuent à ce que la plus grande partie de la population dispose de conditions favorables lui permettant de bénéficier d'une vie psychique saine.
- Les personnes atteintes de maladies psychiques ont accès à des soins thérapeutiques et de réadaptation conformes à leurs besoins, organisés de différentes manières.
- Les personnes souffrant d'un handicap lié à des problèmes psychiques chroniques disposent d'un bon réseau facilitant leur intégration sociale et la gestion des problèmes quotidiens de la vie.
- La transparence sur la qualité des offres de prise en charge, leur financement et l'évolution des coûts est garantie.

La neuvième recommandation se rapporte aux modifications de la législation régissant les mécanismes juridiques et financiers de régulation et les conditions-cadres. Elle propose des solutions pour renforcer les droits des patients et pour remédier à la fragmentation des structures de soins.

Enfin, la dixième recommandation contient des propositions d'actions pour encourager la relève de spécialistes dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers, de la psychologie et du travail social ainsi que pour intensifier la recherche et le développement en matière de santé psychique.

Toutes les interventions recommandées s'inscrivent dans une démarche de gestion économe des moyens financiers nécessaires à leur réalisation et doivent contribuer à freiner l'évolution future des coûts totaux consécutifs aux troubles et maladies psychiques.

### **Mise en oeuvre de la stratégie et responsabilités**

En ce qui concerne la mise en oeuvre de la stratégie, les recommandations impliquent des actions concrètes, qui peuvent également être réalisées par des organisations et institutions qui disposent des compétences et responsabilités correspondantes. Certaines actions produiront très rapidement des effets alors que d'autres – nous pensons aux processus de modification de la législation – nécessiteront plusieurs années de travail. C'est pourquoi nous prévoyons différentes étapes de réalisation figurant dans un calendrier plus général.

Afin de vérifier si les objectifs sont respectés, nous avons dressé une liste d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs qui servent à mesurer l'atteinte des buts. L'établissement régulier de rapports sur les progrès réalisés, le transfert des connaissances et la coordination devraient faciliter le processus de mise en oeuvre.



**Partie A:  
Cadre de référence**





# 1 Introduction

## 1.1 Orientation générale de la stratégie

Afin de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique, la stratégie adopte une perspective de santé publique<sup>1</sup>. Cette démarche se fonde sur une compréhension intégrée de la santé et de la maladie et prend en compte le fait que la santé psychique est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et économiques. Afin de réduire de manière durable l'incidence et la prévalence des troubles psychiques évitables, cela ne suffit pas de prendre des décisions au sein des institutions de santé, mais il faut pouvoir compter sur une politique d'ensemble. Celle-ci définira notamment des conditions cadres pour l'intégration sociale de la population sur les plans de la famille, de l'école et de la formation ainsi que du travail.

Les considérations qui fondent l'ensemble de cette stratégie sont présentées dans le rapport qui suit. Dans la première partie (A) sont résumées les bases conceptuelles, scientifiques et statistiques relatives à la santé psychique et aux maladies psychiques. Elles conduisent à un bilan, à un inventaire des nécessités d'agir et à des pistes de solutions. Cette première partie constitue le cadre de référence de la stratégie. La deuxième partie (B) propose en 10 recommandations un plan d'action orienté dans une perspective à court et à moyen terme, soit environ 10 ans. La troisième partie (C) esquisse la manière de mettre en oeuvre la stratégie d'ensemble. Il s'agit de favoriser un processus de réalisation qui repose sur des domaines de compétences communs ou distincts et coordonnés. Ces trois parties ont pour but de dessiner une stratégie cohérente. Par ce moyen, on devrait pouvoir améliorer globalement la santé psychique. Mais en outre, par un meilleur rapport coûts – avantages dans les mesures mises en place, il devrait aussi être possible de réduire à moyen et long terme les coûts directs et indirects liés aux troubles de la santé psychique. Enfin, la dernière partie (D) illustre la stratégie par des exemples de pratiques innovantes et des études complémentaires.

---

<sup>1</sup> Définition : La santé publique (public health) recouvre les efforts organisés de la société afin de protéger, promouvoir et restaurer la santé d'un groupe ou d'une population. C'est la combinaison des connaissances scientifiques, des méthodes et des convictions engagés en vue de maintenir et d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population par le moyen d'actions collectives et sociales. Les programmes, services et institutions impliquées mettent l'accent sur la prévention des maladies et sur les besoins de santé de la population pris dans leur globalité. Les actions de santé publique varient en fonction de l'état des technologies et des valeurs d'une société, mais le but reste le même : réduire l'importance des maladies, de la mortalité prématurée, des perturbations entraînées par les maladies et des handicaps dans la population. La santé publique peut être ainsi considérée comme une institution sociale, une science et une pratique. OMS, Genève, glossaire: [www.iime.org/glossary.htm](http://www.iime.org/glossary.htm)

En se fondant sur cette stratégie, la Confédération et les cantons devraient être en mesure de définir ensemble à la fin de 2004 les objectifs à atteindre au cours des prochaines années.

### 1.2 Objectifs de la stratégie

La stratégie et le programme d'action pour la santé psychique s'adressent aussi bien aux décideurs politiques : autorités de la Confédération, des cantons et des communes, qu'aux organisations spécialisées dans les domaines de la santé et de l'action sociale ainsi qu'aux organisations de personnes concernées et de proches qui s'occupent de santé et de maladie psychique et sont déjà actives avec succès sur le terrain. La stratégie prend en compte le programme de législature de la Confédération 2004-2007 et les dispositions légales déterminantes en la matière.

La Confédération et les cantons devraient, en coopération avec leurs partenaires dans les domaines de la santé, de la formation et de l'économie, concrétiser les recommandations du plan d'action proposé en tenant compte des besoins propres des régions, afin que les objectifs suivants puissent être atteints dans l'espace des dix prochaines années :

- Améliorer la bonne santé psychique de la population en Suisse
- Faciliter l'accès à des traitements adéquats
- Améliorer la participation des personnes concernées et de leurs proches
- Réduire la chronicité des troubles psychiques et diminuer le nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI
- Diminuer le nombre de suicides
- Accroître la satisfaction des patients et réduire la fréquence du burnout (épuisement) chez les professionnels
- Accroître l'attractivité du travail avec les personnes malades psychiques.

Pour atteindre ces objectifs, le plan d'action définit 10 recommandations qui visent à stimuler l'action coordonnée en réseaux efficaces, à renforcer les potentiels déjà existants et à combler les lacunes constatées.

1. Coordination et coopération nationales et internationales
2. Observation du problème, surveillance continue et synthèse des données disponibles
3. Coordination multisectorielle
4. Prise de conscience de la population par rapport à la santé et aux maladies psychiques
5. Promotion de la santé psychique dans les contextes de la famille, de la formation et du travail
6. Dépistage et interventions précoces en cas de maladies psychiques, maintien de l'intégration scolaire ou professionnelle et prévention de l'invalidité
7. Promotion de l'aide à soi-même et de l'entraide ; soutien des proches et développement de la participation des organisations de patients et de proches à tous les niveaux du système de santé

8. Développement de la qualité des offres de traitements visant à guérir et à réhabiliter les personnes souffrant de maladies psychiques
9. Adaptation de la législation
10. Encouragement de la relève de professionnels en médecine, psychiatrie, soins infirmiers, psychologie et travail social ; promotion de la recherche et du développement.

L'action coordonnée des différents acteurs en vue de réaliser les 10 recommandations doit servir au bien de l'ensemble de la population, à certains groupes spécifiques à tous les âges de la vie, ainsi qu'aux groupes de personnes présentant des risques accrus et aux malades et handicapés psychiques.

### **1.3 Développement de la stratégie**

Les expériences positives faites dans les domaines de la lutte contre les problèmes de drogue et contre le HIV/sida et la nécessité de reconnaître à temps et de maîtriser les principaux problèmes de santé de la population ont amené la Confédération et les cantons à mettre en place une structure commune en vue d'une politique nationale de la santé. C'est ainsi que le Projet Politique nationale suisse de la santé a été créé en novembre 1998 par l'initiative commune de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) et du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Lors de la conférence nationale de mai 2000 à Fribourg, les responsables gouvernementaux ont défini la santé psychique comme l'un des trois thèmes pour lesquels devrait être développée et mise en place une stratégie sous la responsabilité de la Confédération et des cantons. La Direction du Projet politique nationale suisse de la santé (PNS) a été chargée de développer des bases en vue d'une décision dans ce domaine.

Grâce à des relevés et analyses spécifiques de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et du projet Politique nationale suisse de la santé, à des ouvrages spécialisés parus en Suisse et à l'étranger, à la tenue de sept journées de travail et à l'expertise de groupes d'accompagnement mis en place spécifiquement, la stratégie correspond à l'état actuel des connaissances et aux processus innovateurs introduits en Suisse (cf. Annexes I à V). La réunion de différentes informations et disciplines scientifiques, la proximité avec les personnes intéressées et le processus de développement participatif permettent de tenir compte du caractère multifactoriel de la santé psychique (Jenkins, McCulloch, Friedli, Parker, 2000).

La présente stratégie se fonde en dernier ressort sur la Convention européenne des droits de l'homme et sur les mesures correspondantes de l'ONU, que la Suisse a ratifiées, ainsi que sur la Constitution fédérale. Cette dernière exige des structures et des conditions cadres qui facilitent pour toutes les personnes la meilleure intégration sociale, scolaire et professionnelle possible, qui contribuent à l'égalité des chances et qui encouragent l'autonomie de chaque individu.

Les thèmes suivants, qui exercent également une influence sur la santé psychique, n'ont pratiquement pas été abordés en élaborant la présente stratégie :

- La stratégie et la politique en matière de dépendances et de drogues sont sous la conduite de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; elles se trouvent dans une phase de mise en œuvre et de révision en vue de définir un programme intégré de mesures en matière de dépendances (ProMeDép).
- Les aspects liés au genre/sexe et à l'environnement ont été laissés de côté durant cette première phase de développement. Il s'agira d'en tenir compte au cours de la mise en œuvre.
- La sexualité est une composante partielle de la stratégie VIH/Sida de l'OFSP.
- Les aspects relatifs aux handicaps mentaux relèvent de la compétence de l'instruction publique et des affaires sociales des cantons.
- La spiritualité et la recherche du sens de la vie en relation avec la santé psychique ne sont guère documentées en Suisse.
- Une discussion du rôle et de l'efficacité de la psychiatrie légale et pénitentiaire n'a pas été traitée par cette stratégie.

### 1.4 Survol des différents chapitres

**Chapitre 2:** En introduction, les termes de santé psychique et de maladie psychique sont clarifiés. Suivent les valeurs fondamentales sur lesquelles se base la stratégie. La 4<sup>ème</sup> partie du chapitre décrit les défis concernant la santé psychique auxquels doit faire face chaque génération au cours des différentes étapes de la vie. Les déterminants de la santé psychique, qui fixent la direction de la stratégie, sont ensuite étudiés de manière approfondie. Enfin, les tendances internationales de la santé publique en matière de santé psychique sont brièvement esquissées.

**Chapitre 3:** Des chiffres renseignent sur la fréquence des maladies psychiques chez les enfants, adolescents, adultes et personnes âgées et sur les développements démographiques. Les conséquences possibles des maladies psychiques telles que le suicide, la diminution de la capacité de travail et des performances, la mise au bénéfice d'une rente AI sont ensuite évoquées. Le chapitre se termine sur la notion de qualité de vie, nouveau concept intégratif qui est également important pour les malades psychiques chroniques.

**Chapitre 4:** Des offres de promotion de la santé/prévention, de travail bénévole, de participation, de réadaptation, d'aide à soi-même et de traitement psychiatrique sont présentées brièvement dans la première partie de ce chapitre. L'accroissement du recours à ces offres est documenté à l'aide de chiffres disponibles. Enfin, les défis urgents auxquels doivent actuellement faire face les prestataires de soins sont explicités.

Les sous-chapitres suivants traitent, lorsque c'est possible, des coûts engendrés par la protection et la promotion de la santé psychique, des coûts et du financement de l'approvisionnement en soins psychiatriques ambulatoires et hospitaliers ainsi que des conséquences économiques des troubles psychiques. La fin du chapitre est consacrée à une récapitulation des besoins de rattrapage en matière de protection, de promotion, de maintien et de rétablissement de la santé psychique.

**Chapitre 5:** Le bilan des chapitres précédents permet ici de définir les domaines où il y a nécessité d'agir pour protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique.

**Chapitre 6:** Ce chapitre est le noyau de la stratégie: les 10 recommandations visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population résidant en Suisse sont articulées en fonction de la situation de départ, des objectifs, des actions, des priorités/étapes, des compétences et des indicateurs mesurant l'atteinte des buts.

**Chapitre 7:** Ce dernier chapitre esquisse les compétences, les priorités, les principes pour le soutien de la mise en œuvre de la stratégie et le financement de sa réalisation.

**Tableau 1: Structure de la stratégie**

<b>Partie A</b> <b>Cadre de référence</b>	<b>Partie B</b> <b>Plan d'action</b>	<b>Partie C</b> <b>Esquisse de la mise en œuvre</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de la stratégie</li> <li>• Données et faits sur:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La santé psychique et les maladies psychiques</li> <li>○ Offres de soins et recours</li> <li>○ Coûts / financement</li> <li>○ Bilan, nécessité d'agir et pistes de solutions</li> </ul> </li> </ul>	10 Recommandations, avec <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation de départ</li> <li>• Objectifs</li> <li>• Actions</li> <li>• Priorités / Etapes</li> <li>• Compétences / Responsabilités</li> <li>• Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accord de la Confédération et des cantons sur les objectifs</li> <li>• Mesures pour soutenir la mise en œuvre</li> <li>• Financement</li> </ul>

**Partie D. Annexes**

L'**annexe I** présente le processus de développement de la stratégie. L'**annexe II** est constituée par le rapport d'experts sur les structures de l'offre de traitements psychiatriques ainsi que les recommandations en la matière, établi par le Dr. Phil. Niklas Baer, le Dr. Theodor Cahn, le Prof. H.D. Brenner et le Prof. Wilhelm Felder. L'**annexe III** illustre la stratégie par la présentation de quelques exemples innovants. L'**annexe IV** rappelle le contexte de la législation en vigueur. L'**annexe V** contient une bibliographie. L'**annexe VI** fournit une liste des abréviations.

## 2 Bases de la stratégie

### 2.1 Définition de la santé psychique

Avant de concevoir des mesures de politique de santé psychique pour la population résidant en Suisse, il faut clarifier les termes utilisés dans notre pays afin de s'assurer qu'ils sont appropriés et compréhensibles puisqu'il s'agit d'une politique de la santé orientée vers la population.

Selon une enquête qualitative menée par Illés, Abel, en 2002 sur mandat de la Politique nationale suisse de la santé (PNS), les termes de « psyché » et « psychique » sont compréhensibles par la population et associés à une connotation neutre ou positive. Le terme « mental » a montré que les mêmes mots ont des significations différentes dans diverses langues. En français, le terme « santé mentale » prête à confusion car il recouvre aussi bien les aspects intellectuels et cognitifs (déficience mentale) et les aspects liés au psychisme. On évitera donc ce terme dans cette stratégie. L'expression anglaise « mental health » est restituée correctement, du point de vue de son contenu, par le terme allemand « psychische Gesundheit » et on la retrouve aussi utilisée en français sous le vocable « santé psychique », quand bien même cette formulation n'est pas la plus usuelle en France. C'est donc ce dernier terme « santé psychique » qui a été retenu, d'autant plus qu'il permet une unité avec l'expression retenue en allemand et qu'il évite les malentendus.

La présente stratégie repose sur une compréhension de la **santé psychique** en tant que résultat d'interactions dynamiques complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques et socioéconomiques et socioculturels. La santé psychique n'est donc pas simplement la conséquence de dispositions personnelles et d'un comportement individuel mais le résultat de processus multiples qui, outre les aspects individuels, sont influencés de manière prépondérante par des facteurs socioéconomiques, culturels et écologiques (OMS, Mental health report, 2001). Outre le sentiment de bien-être, la santé psychique signifie aussi croire à sa propre valeur et à sa propre dignité et apprécier la valeur des autres. (Health Education Authority HEA, 1999)

### 2.2 Notions de crise psychique, maladies et troubles psychiques, handicap lié aux problèmes psychiques

Une **crise psychique** est une réaction humaine normale par rapport à un événement imprévu et critique de la vie (par ex. problèmes relationnels, perte d'emploi, grave maladie, accident, mort, catastrophe naturelle, attentat, etc.). Les proches et les amis peuvent également, tout comme la personne directement concernée, réagir par une crise psychique. Les symptômes d'une crise se manifestent par l'agitation et la nervosité jusqu'à la confusion et à un comportement inadéquat. Lorsqu'elles sont maîtrisées, les crises peuvent par exemple renforcer le sentiment de sa valeur personnelle et

conduire à une plus grande confiance dans la vie. Les crises psychiques peuvent aussi avoir des effets négatifs et nuisibles pour la santé. Une aide apportée à temps protège, favorise et maintient la santé psychique de la personne concernée et celle des personnes qui lui sont proches (Aguilera, 2000).

**Les maladies psychiques** sont aussi souvent désignées par le terme général « **troubles psychiques** ». Elles sont définies dans les trois systèmes de classification médicale suivants. Les deux plus connues ont un caractère diagnostique:

- International Classification of Diseases-10 (ICD-10) de l'OMS, 1994
- Diagnostic Statistical Manual IV (DSM IV) de l' American Psychiatric Association.

L'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) de l'OMS 2001 sert à évaluer les atteintes et l'infirmité.

L'utilisation de classifications ne confère pas à la maladie une objectivité parfaite. L'évaluation de la santé psychique et de la maladie psychique dépend finalement des normes sociales en vigueur. L'histoire de la psychiatrie met en évidence de manière éloquente comment le concept de maladie s'est modifié au cours du temps.

Il n'y a pas de définition claire de ce qu'est une **maladie psychique chronique**, à part le fait qu'elle dure longtemps. Autrefois, toutes les hospitalisations de longue durée étaient qualifiées de « chroniques ». Aujourd'hui, on parle aussi de maladie chronique lorsque les symptômes réapparaissent régulièrement à brefs intervalles ou lorsque d'autres états consécutifs à la maladie se manifestent durant une longue période. Les critères suivants sont décisifs:

- Symptômes qui réapparaissent périodiquement (fréquence des rechutes)
- Durée, éventuellement aggravation des symptômes
- Gravité du trouble
- Comorbidité (présence de plusieurs troubles)
- Mauvaise adaptation sociale
- Durée du traitement psychiatrique, éventuellement de l'hospitalisation, etc.
- Détériorations au niveau social (recul professionnel, problèmes relationnels, par exemple séparation ou divorce par suite de la maladie)
- Possibilité de traitement

Les maladies psychiques chroniques peuvent entraîner des problèmes sur le plan social (impairment). Les symptômes de la maladie/du trouble peuvent devenir chroniques (maladies, troubles), et être ensuite suivis de déficits de comportement évidents et durables (troubles des capacités) et enfin, des détériorations graves (préjudices) de la santé empêchent l'individu de trouver et de jouer un rôle social. L'un ou l'autre, voir plusieurs de ces problématiques peut entraîner une invalidité (Circulaire AI No. 180. OFAS, 2003).

Le **handicap lié aux problèmes psychiques** n'est pas constant et peut varier dans son intensité. D'une part, il s'agit d'être prêt à réagir de manière adéquate face aux possibles crises récidivantes liées à la maladie. D'autre part, il faut favoriser les potentiels latents de rétablissement (Saameli, 1998).



Par la suite, nous utiliserons dans ce texte les termes de « santé psychique » ou de « troubles psychiques ». Ce dernier pour désigner dans leur ensemble les différentes maladies psychiques. Les notions de « maladie psychique » et de « handicap lié aux problèmes psychiques » seront utilisées essentiellement en relation avec les problèmes d'offre de traitement et d'assurance.

### 2.3 Les valeurs fondamentales

Les valeurs fondamentales sur lesquelles se fonde la présente stratégie se réfèrent à la Constitution fédérale, notamment sur l'égalité en droits, le respect et la protection de la dignité humaine et de la sphère privée ; sur la Convention européenne des droits de l'homme et sur les mesures correspondantes de l'ONU. En matière de politique de la santé, ces valeurs sont ancrées dans la « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé » (1986), les « Buts de santé pour la Suisse » (2002), qui se réfèrent au concept-cadre de l'OMS « Santé 21 » (1999) ainsi qu'au rapport de l'OMS sur la santé dans le monde consacré à « la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs » (2001).

Au centre de cette stratégie, il y a des êtres humains. Ce sont des filles et garçons, hommes et femmes, mères et pères qui ne se réduisent pas à quelques facteurs susceptibles d'être influencés. Ce sont des êtres sociaux, capables de sentiments et doués de raison. Ils sont uniques, non remplaçables mais vulnérables. La stratégie sert, compte tenu de cette vulnérabilité, à les protéger contre les dommages et à promouvoir, maintenir et rétablir leur santé psychique.

Les objectifs stratégiques, les mesures proposées et les adaptations de lois compris dans la stratégie exigent de créer un équilibre approprié entre la protection de l'intégrité d'une personne, ses droits à la liberté et le besoin de protéger la santé des autres. Les objectifs stratégiques tiennent compte des valeurs fondamentales suivantes:

Autonomie: les êtres humains doivent pouvoir décider eux-mêmes de leur vie, dans le respect réciproque des uns et des autres. A cet égard, les conditions essentielles sont des structures de décision participatives, le développement du sentiment de sa propre valeur et le recours à des forces individuelles et collectives.

Egalité des chances: tous les individus ont le même droit à l'accès aux ressources importantes pour eux afin de développer et de préserver leur intégrité physique et psychique. Il faut aussi leur permettre d'utiliser leurs chances.

Tolérance: pour pouvoir vivre en société, la compréhension de l'autre est indispensable (Saner, 2002). L'acceptation des différences – autres mentalités et cultures – augmente avec l'ouverture d'esprit, la compréhension de la différence en tant qu'une autre normalité, la reconnaissance et le recours aux points forts d'autrui.

Solidarité: une attitude solidaire est nécessaire pour prendre conscience de ses propres responsabilités face aux individus, au sein des communautés et entre elles. Ce

comportement influence la qualité de vie de tous les individus dans n'importe quel système social. La solidarité vécue signifie acceptation réciproque et soutien.

Intégration sociale: l'intégration sociale se comprend comme un processus et non pas seulement comme un but en soi. Elle dépend de l'ouverture à l'autre et de la volonté générale de laisser à chacun des espaces de liberté et des chances de développement. Il ne s'agit pas en premier lieu d'atteindre un état idéal. C'est le bien-être vécu par chacun qui est important et contribue à la qualité de vie d'une communauté. Les conditions d'un processus d'intégration façonné et vécu sont différentes pour chaque individu.

## **2.4 La santé psychique, un processus qui s'étend sur toute la vie**

### **2.4.1 Les caractéristiques bio-psycho-sociales de l'individu**

La santé psychique n'est pas simplement l'affirmation d'être en pleine forme, bien dans la peau et en général performant. Elle englobe également l'acceptation de ses propres faiblesses et limitations et la faculté de composer de manière constructive avec soi-même. Chaque individu connaît des périodes où il se sent psychologiquement atteint, démotivé ou déprimé. Ainsi en est-il lors de crises telles que des revers personnels ou professionnels, des séparations ou d'autres expériences douloureuses accompagnées de sentiments de tristesse et d'insécurité. Cela fait partie de la vie. Lorsque l'individu arrive à gérer les pages « sombres » de sa vie, sans vouloir les nier ou en faire des tabous, sa santé psychique s'en trouvera d'autant mieux assurée. La force de maîtriser les crises psychiques et de pouvoir intégrer dans la vie quotidienne les moments difficiles de l'existence sans en faire des tabous ou les refouler est aussi une composante de la santé psychique.

Les caractéristiques personnelles se construisent à partir des capacités et à des modes de comportement qui peuvent s'apprendre. Elles peuvent être considérées à la fois comme une expression et comme une condition de la santé psychique. Les connaissances scientifiques récentes permettent de mieux comprendre le développement de la personnalité, la compétence des individus à maîtriser leur vie et le soutien social. La compréhension jusqu'alors essentiellement biologique de la genèse des troubles psychiques et leur traitement est devenue ainsi plus globale. Ce modèle bio-psycho-social (Engel, 1977) regroupe les différents aspects qui expliquent la santé et la maladie et implique une pensée et une action interdisciplinaires.

Dans la présente stratégie, on évoquera les processus complexes du développement de la personnalité par la notion de « bonne santé psychique » (ou « vitalité psychique »). Ce dernier terme utilisé en allemand fait essentiellement référence à la notion de « résilience » (Richardson, Waite, 2002).

### **Recherche sur les ressources**

Dans les années quatre-vingts, les recherches sur les ressources de la personne ont conduit à un changement de paradigme qui fait dès lors de la santé elle-même un objet de recherche. La question qui relève de la pathologie : « qu'est-ce qui rend malade? » est complétée par la perspective de la salutogénèse : « qu'est-ce qui maintient en santé » ? Les ressources internes et externes sont d'une importance fondamentale pour chaque personne à chaque phase de sa vie. Elles peuvent avoir autant d'importance pour la manière de conduire l'existence de chacun que les maladies et contribuer grandement au maintien ou au rétablissement du bien-être et de la santé (Perrig-Chiello, Höpflinger, 2003).

Le modèle explicatif bio-psycho-social et l'approche salutogénétique constituent les bases théoriques de la présente stratégie.

### **2.4.2 Santé psychique des différentes générations aux diverses étapes de la vie**

Chaque génération est confrontée, au cours des différentes étapes de la vie, à d'autres défis psychiques à surmonter. En cas d'événements critiques et lors des périodes de transition, les êtres humains sont plus vulnérables, surtout lorsque viennent encore s'ajouter des conditions de vie difficiles. De telles situations peuvent conduire à des crises psychiques, mettre en danger l'équilibre psychique et déclencher des maladies.

#### **Enfants et adolescents**

Il s'agit de développer la capacité des enfants et adolescents à faire face aux défis psychiques spécifiques qu'ils rencontrent. Une confrontation à la diversité sociale des valeurs et des normes, basée sur le dialogue et la recherche de consensus, peut favoriser une approche positive des différences sociales et peut renforcer la construction de l'identité. Il faut que les enfants et les adolescents puissent développer la confiance en eux et faire l'expérience positive de leur propre valeur. Lorsque dès leur naissance les enfants sont en mesure de construire des relations de confiance et qu'ils constatent qu'ils comptent aux yeux des adultes, ils vont gagner l'estime d'eux-mêmes. Ils apprennent aussi à apprécier et à faire attention à leur prochain. En étant confrontés à des tâches qu'ils parviennent à maîtriser, les enfants apprennent que leurs actions ont du succès (conviction de maîtriser leur existence). Forts de cette certitude, ils façonneront leur environnement et contribueront à résoudre les problèmes de manière constructive.

#### **Adultes**

L'âge adulte se recoupe avec les années de vie active. La plupart des adultes, 66%, exerce aujourd'hui en Suisse une activité professionnelle (ESPA, 2002). La santé

psychique des adultes réclame un équilibre permanent entre travail, obligations sociales envers la jeune et l'ancienne générations ainsi que du temps pour leur propre régénération (work-life-balance). Cet équilibre à trouver est en premier lieu l'affaire de l'individu. Les employeurs peuvent néanmoins, en favorisant des horaires de travail plus flexibles, des conditions de travail propices à la vie de famille et le travail à temps partiel pour les personnes plus âgées, atténuer ces contraintes psychosociales. De même, les transitions entre les phases de la vie sur le plan de l'activité professionnelle sont souvent des étapes délicates pour la santé psychique. Pensons particulièrement à l'entrée dans le monde du travail, aux moments où se cumulent le travail et les obligations familiales, ainsi que les années qui précèdent la retraite.

Des études sur le coût du stress (seco, 2000) et sur le mobbing et les tensions au lieu de travail (seco 2002) montrent combien la vie en collectivité et la collaboration entre travailleurs peuvent être complexes et contraignantes au niveau psychosocial.

### **Personnes dans le troisième et le quatrième âge**

Du fait que l'espérance de vie augmente, un nombre croissant de personnes vivent non seulement plus longtemps mais restent aussi plus longtemps actives et en bonne santé. Cela s'explique par les progrès économiques, sociaux et médicaux (Höpflinger, 2003). La vieillesse recouvre souvent plusieurs dizaines d'années de vie. Il s'agit alors de différencier et distinguer les problèmes par groupes d'âges : de 60 à 75 ans, de 76 à 90 ans, de 90 à 100 ans voire au-delà (Rosenmayr, 2002). La santé psychique des personnes âgées est influencée par de nombreux facteurs : L'habitat, l'accès aux soins médicaux, la prévoyance vieillesse, la mobilité, les relations sociales, etc. sont autant de facteurs qui déterminent la santé psychique et la capacité des personnes âgées de maintenir leur indépendance.

Viellir est un processus complexe qui intervient tout au long de la vie et qui ne se limite pas à une détérioration corporelle et intellectuelle. C'est en général avant la cinquantième année que sont posés les jalons pour la suite de la vie. La marge de manoeuvre financière du futur retraité est souvent déjà déterminée entre 40 et 50 ans. Quant à la formation, elle est déjà bien entamée. Ces deux facteurs balisent le chemin qui reste à parcourir. Les traits de la personnalité restent aussi généralement les mêmes. Il ne fait aucun doute que la santé physique influence l'état psychique dans la vieillesse. La maladie et la mort du partenaire et des amis rétrécissent le réseau des relations de longue durée. Rester socialement intégré à partir d'un certain âge est un vrai défi posé à l'individu aussi bien qu'à la société (Journée de travail sur la santé et les troubles psychiques des personnes âgées ; Krebs-Roubicek, 2003, Perrig, 2003).

La façon d'intégrer les nouveaux retraités encore en pleine forme ainsi que le petit groupe des personnes très âgées qui ont besoin de soins a une influence très grande sur le développement économique et social de notre société. Alors que la prise en charge du deuxième groupe est de plus en plus transférée aux institutions, on refuse souvent au premier groupe, à cause de préjugés qui ont la vie dure, de jouer un rôle actif dans la société.

### **La famille et les autres formes de vie en commun**

La famille est le plus petit réseau social et il influence la santé psychique à tous les stades de la vie. De la naissance à la mort, chacun fait partie d'un réseau familial plus ou moins étendu et y exerce une grande variété de rôles tout au long de son existence. Au début de celle-ci, les relations que vivent les enfants en bas âge ont des répercussions durables qui marqueront les diverses phases de sa vie.

La santé psychique doit donc être mise en rapport avec le soutien social dont bénéficie un individu tout au long de sa vie. Alors que durant les 40 dernières années les formes de la vie familiale sont devenues beaucoup plus hétérogènes (plus de familles monoparentales, de familles recomposées, à deux noyaux, etc.), le nombre moyen de personnes par ménage a fortement diminué. L'évolution de la société, en particulier l'accroissement de l'espérance de vie, un niveau de vie plus élevé et la diversité des projets de vie, augmente les exigences liées à la cohabitation familiale. Dans cette dynamique de transformation sociale, la famille doit s'adapter à différentes situations (entre autres : la naissance des enfants, la séparation et le divorce). La réussite de ces processus d'adaptation dépend essentiellement des ressources disponibles au niveau personnel, familial et extra-familial.

Dans le cas le plus favorable, les familles disposent aussi bien des ressources suffisantes au niveau personnel (par ex. santé physique, fortune matérielle, niveau de formation, bien-être psychique, caractéristiques personnelles) que familial (grandeur et aménagement du logement, revenus communs, solidité psychologique, soutien du partenaire) et extra-familial (par ex. soutien matériel, émotionnel, cognitif et social fourni par la parenté élargie, les amis ou les autorités ; prise en charge des enfants complémentaire à celle de la famille, etc.). L'absence de certaines ressources peut être compensée par la mobilisation d'autres ressources.

Le réseau social de la famille peut aussi bien soulager que devenir contraignant, voire traumatisant. Chaque support social n'est pas toujours perçu comme une véritable aide bienfaitrice. Comme l'appui informel dans le réseau social implique en général la réciprocité, le recours à un tel appui peut être lié à une forte pression de se montrer, d'une manière ou d'une autre, reconnaissant (Ningel, Funke, 1995, Wicki, 1997).

### **Migration**

Les migrations et autres formes de déplacements dans un autre pays entraînent par nature des effets positifs et négatifs sur la santé psychique des migrants et de leur famille. Les orientations stratégiques pour la Confédération pour les années 2002 à 2006 tiennent compte des effets des phénomènes migratoires sur la santé. L'insécurité et l'isolement rendent particulièrement fragiles les individus appartenant à d'autres cultures. Des problèmes psychiques peuvent surgir au sein de toutes les générations et à toutes les étapes de la vie (OFSP, Migration et santé, 2002).

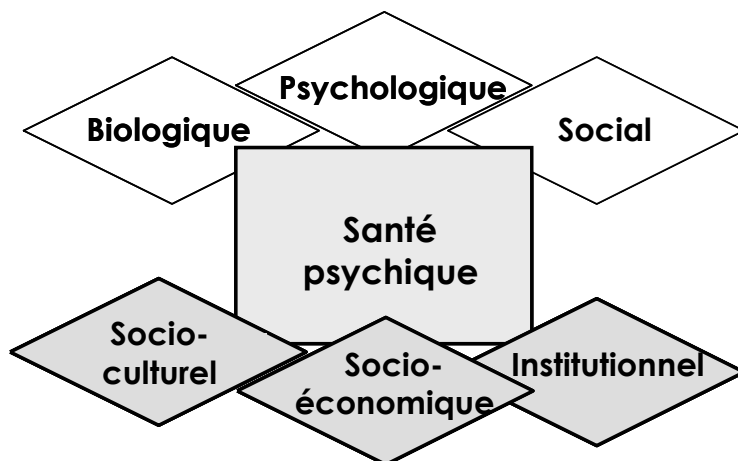
## 2.5 Déterminants de la santé psychique

Un modèle d'explication du bien-être et de la santé de la population, qui recouvre une série de déterminants de la santé, constitue la base d'une politique de la santé (Rütten, Lüschen, von Lerngerke, et al., 2003). Un modèle des déterminants psychiques de la santé est donc nécessaire pour pouvoir définir les objectifs et les actions d'une stratégie en fonction de ces déterminants et ensuite les évaluer. Dans le modèle des déterminants de la santé psychique décrit ci-dessous, les sciences médicales, sociales, juridiques et économiques occupent une place équivalente. Le développement du modèle se fonde aussi sur les travaux théoriques et empiriques de Illés et Abel (2002) et de Papart (2002).

Les déterminants de la santé psychique se composent de facteurs bio-psycho-sociaux, socio-économiques, socioculturels et institutionnels. Leurs effets peuvent avoir une influence aussi bien positive que négative. Il faut comprendre et interpréter les différents facteurs et leurs effets réciproques en tenant compte d'un modèle des exigences et des ressources (Kaluza, 2003). Les conditions positives de la santé psychique sont réunies lorsque les ressources personnelles, sociales et matérielles sont disponibles en suffisance pour permettre de maîtriser les exigences et les contraintes personnelles, sociales et professionnelles. L'effet des facteurs déterminants est d'autant plus grand lorsqu'ils se cumulent et sont durables. Des informations sur les déterminants de la santé psychique de la population sont déjà disponibles dans les domaines couverts par l'Office fédéral de la statistique, à savoir l'Enquête suisse sur la santé et le Panel suisse des ménages. La publication *La santé psychique en Suisse – Monitoring*, de l'Observatoire suisse de la santé (Rüesch, P. Manzoni. P., 2003,) présente, en partant de différentes sources de données, quelques résultats quant aux facteurs qui influencent la santé psychique (voir 3.1).

Nous énumérons ci-après les facteurs les plus importants pour la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique. La pauvreté, qui est aussi l'un des facteurs qui influencent la santé psychique, ne sera cependant pas thématifiée ici de manière explicite.

Figure 1 : Déterminants de la santé psychique



### 2.5.1 Déterminants bio-psycho-sociaux

Les adaptations auxquelles l'être humain doit procéder tout au long de sa vie (cf. 2.4) sont d'ordre biologique, psychologique et social. Les facteurs biologiques concernent des processus génétiques, neurologiques et biochimiques. Les facteurs psychosociaux ont trait au bien-être psychique, au sentiment de pouvoir maîtriser son existence (capacité de contrôle interne), et se rapportent également aux relations sociales dans le cadre de la famille, de l'école, du travail et des loisirs.

### 2.5.2 Déterminants socio-économiques

Le contexte socio-économique dans lequel vit un individu revêt une importance centrale au niveau de ses agissements. La santé psychique est fortement influencée par les changements sociaux et économiques. Les technologies de l'information et la grande mobilité peuvent par exemple conduire aujourd'hui à des modifications des conditions existentielles (Illés, Abel, 2002) (voir aussi 2.4 : Santé psychique des différentes générations aux diverses étapes de la vie).

La formation et l'activité professionnelle ont des effets aussi bien positifs que négatifs sur les chances de vie d'un individu. L'appartenance à la société engendrée par l'intégration au travail joue un rôle décisif pour la santé psychique (Illés, Abel, 2002). Aujourd'hui, le revenu acquis détermine dans une large mesure la qualité de vie. Le travail crée un sentiment de réalisation personnelle et de sécurité (Illés, Abel, 2002). Ainsi, tout porte à croire que la dignité et la justification de l'être humain sont liées toujours plus fortement à ses performances.

Dans un contexte de mutations sociales, les ruptures dans la vie professionnelle se multiplient. Si le travail peut être stressant, le chômage constitue le plus grand facteur

de stress. Il a plutôt augmenté chez les hommes et légèrement diminué chez les femmes. Ce qui frappe, c'est que des personnes jeunes et bien qualifiées sont de plus en plus touchées. Plus de la moitié des personnes actives quitte son emploi au moins une année avant l'âge de la retraite. Les raisons principales invoquées sont les restructurations d'entreprises et des motifs de santé (OFS, ESPA, 2002).

Lorsque des malades psychiques perdent leur travail, ils sont économiquement désavantagés. Le chômage conduit à des peurs supplémentaires, à la dépression et à l'isolement. Cette situation entrave le développement personnel et social des familles, adultes et enfants. Lorsque ces derniers ont des parents chômeurs, ils présentent un équilibre physique et psychique plus instable. Ces enfants souffrent aussi plus fréquemment de dépressions que les autres et ont un sentiment de leur propre valeur amoindri (OFAS, Commission fédérale de coordination pour les questions familiales, 1998)

### 2.5.3 Déterminants socioculturels

Aussi bien le potentiel de ressources que celui des risques pesant sur la santé psychique sont largement conditionnés par le contexte socioculturel qui balise dans tous les domaines la marge de liberté de choix et de détermination de l'individu et des groupes de population. La possibilité de façonner son propre environnement et d'influencer les structures existantes – sociales, économiques et politiques – représente une ressource importante pour la santé psychique. A l'inverse, le fait de ne pas pouvoir décider soi-même de sa vie, de participer de manière insuffisante aux processus de décision ou d'avoir sur la durée des perspectives d'avenir limitées constitue un facteur de risque et peut conduire à l'« aliénation de l'individu » (Papart, 2002).

La diversification des valeurs et normes sociales peut être considérée comme une ressource en matière de santé psychique puisque l'espace de liberté pour décider de sa propre vie s'en trouve augmenté. Mais la perte rapide des repères recèle le danger que le lien social entre les êtres humains s'affaiblisse, entraînant par là même un danger accru d'isolement social (Papart, 2002).

Les valeurs matérielles et économiques ont actuellement toujours plus tendance à supplanter les valeurs qui donnent un sens à la vie. Pour la santé psychique, un équilibre entre ces deux types de valeurs est pourtant essentiel (Papart, 2002).

Un thème qui est souvent refoulé par la société est celui de la violence et de ses effets sur la santé psychique. L'apparition de la violence et la façon de la gérer est directement et indirectement reliée aux déterminants socioculturels. Des expériences de violence très dures peuvent modifier à vie la santé psychique des victimes comme des auteurs de ces violences. La campagne nationale contre la violence domestique est une manière ciblée de réagir à l'une des formes de la violence présente dans notre société (Bruhin, 2003).

Afin d'être complet, il convient également de mentionner sous ce point les conceptions et pratiques religieuses et spirituelles. Si elles s'expriment positivement, ces



facteurs peuvent renforcer la santé psychique mais parfois aussi, inversement, augmenter le risque de développer un trouble psychique (Illés, Abel, 2002).

Enfin, la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique sont fortement influencés par les connaissances et l'attitude de la société face à la santé et à la maladie psychique. Pour permettre de dépister précocement et de traiter avec succès la maladie, certaines conditions doivent être remplies, parmi lesquelles figure une bonne information de la population. L'état de ses connaissances, actuellement largement lacunaires, a des conséquences à tous les niveaux (cf. 6.4 : Sensibilisation de la population). Les personnes concernées ne sont alors pas disposées à reconnaître la maladie, à clarifier le diagnostic et à entrer dans un processus adéquat de traitement. Au niveau de l'entourage, les attitudes irréfléchies et l'absence de soutien social conduisent à une exclusion injustifiée. Chez les prestataires de soins primaires, on s'emploie souvent à somatiser la maladie et il s'ensuit des erreurs de diagnostic et de traitement. Quant aux politiciens et aux responsables chargés de planifier les besoins sanitaires, ils ne connaissent généralement pas les priorités en matière de prévention. Enfin, les nécessaires restructurations du système sanitaire et les disparités qui existent dans l'approvisionnement en soins ne sont pas abordées (Ajdacic, Graf, 2003, Illés, Abel, 2002).

### 2.5.4 Déterminants institutionnels

L'accès à de l'aide informelle et professionnelle, notamment à des spécialistes en psychothérapie et psychiatrie, ainsi que la législation sont des facteurs décisifs pour la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique. L'accès à une aide appropriée nécessite une palette d'offres différenciées et la coopération entre les services sanitaires, sociaux, d'aide à la jeunesse, d'aide aux handicapés, de la prévoyance vieillesse, etc. ainsi qu'avec la justice et la police.

Le statut juridique des personnes psychiquement malades ou handicapées est réglé en Suisse aux niveaux de la Confédération, des cantons et des communes, par un grand nombre de dispositions figurant dans la Constitution, les lois et ordonnances. Ces règles traitent avant tout des questions de la garantie du minimum vital, de l'autodétermination, du traitement et du suivi ainsi que de l'intégration sociale et professionnelle. Ces domaines de tâches confiées à l'Etat sont influencés par l'évolution historique, se caractérisent par des structures d'organisation qui leur sont propres et se fondent sur des bases légales spécifiques.

## **2.6 Tendances européennes et internationales en matière de politique de santé psychique**

### **2.6.1 Recommandations à caractère international**

La santé psychique figure à l'agenda politique des pays de l'Union européenne depuis 1995. Le développement d'une stratégie internationale est soutenu par l'UE et par l'OMS Europe (STAKES, 1999, 2000). Les répercussions sur la santé et aussi les effets économiques reconnus des troubles de santé psychique montrent clairement qu'il faut accorder une priorité élevée à ce domaine. De nombreux rapports et résultats de recherches confirment la nécessité d'agir dans tous les pays.

Les recommandations internationales énumérées dans le tableau 2 indiquent que la santé psychique dans son intégralité doit être encouragée. En Europe, la Finlande, la Suède et l'Espagne comptent parmi les pays à la pointe du développement de stratégies en la matière.

**Tableau 2: Recommandations internationales en matière de santé psychique**

Recommandations de l'OMS, 2001	Recommandations de l'UE, 2000
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer les soins de base</li> <li>• Garantir l'approvisionnement en médicaments psychotropes</li> <li>• Offrir des services psychiatriques intégrés dans la communauté</li> <li>• Encourager la prise de conscience dans l'opinion publique</li> <li>• Inclure les communautés, les familles et les assurés</li> <li>• Créer des stratégies nationales, des conditions-cadres, des programmes et des législations</li> <li>• Encourager la relève</li> <li>• Mettre en réseau avec d'autres secteurs</li> <li>• Etablir des rapports sur la santé psychique des groupes de population</li> <li>• Encourager la recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des indicateurs de la santé psychique ainsi que des systèmes de monitoring fiables et valables.</li> <li>• Souligner l'importance de la santé psychique dans l'ensemble de la population.</li> <li>• Reconnaître la santé psychique en tant que qu'un bien social important censé être protégé, promu, maintenu et si nécessaire rétabli.</li> <li>• Intégrer la santé psychique dans la santé publique (public health) et la protéger, la promouvoir, la maintenir et la rétablir dans la même mesure que la santé somatique.</li> <li>• Protéger, promouvoir et maintenir la santé psychique là où elle se crée – dans la famille, les communes, les écoles, sur le lieu de travail et durant les loisirs.</li> <li>• Procurer continuellement au monde politique et à la population des informations et conseils en rapport avec la santé psychique, à savoir aussi informer sur l'aide professionnelle appropriée, efficace et économique ainsi que sur les coûts indirects résultant d'un sous-approvisionnement et d'offres inappropriées.</li> <li>• Renforcer les organisations des patients et de leurs proches en tant qu'acteurs du système de santé et encourager le développement de telles organisations par des conditions-cadres étatiques.</li> <li>• Sensibiliser les médias sur la communication d'informations qui sont susceptibles de stigmatiser et de discriminer.</li> <li>• Réduire les facteurs de risque et la mort prématurée des malades psychiques.</li> <li>• Garantir des services appropriés au dépistage précoce, au traitement et à la réadaptation.</li> <li>• Respecter et garantir les droits de l'homme aux malades psychiques</li> </ul>

Source: OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2001 ; STAKES 2000

### **2.6.2 Bases théoriques et tendances actuelles sur le plan international**

Les bases théoriques et les tendances actuelles des défis posés aux gouvernements afin d'améliorer la santé psychique seront résumés ci-après (Jenkins, McCulloch, Friedli, Parker, 2000 ; Tansella, Thornicroft, 1998 ; Schunke, 2003). Le travail de Schunke examine les travaux d'experts en planification de la santé psychique de Belgique, d'Allemagne, d'Angleterre, d'Italie et de Suisse qui ont été jugés pertinents pour la présente stratégie.

### ***Santé, formation, sécurité sociale, justice, économie***

Idéalement parlant, la prévention et l'offre de soins devraient être assumés de manière multiseCTORielle et coordonnée par plusieurs domaines politiques. Qu'il s'agisse de malades psychiques qui ont eu des contacts avec le système de justice ou de programmes de dépistage précoce à l'école, il existe beaucoup d'exemples qui parlent en faveur d'un renforcement des structures coopératives au-delà du système de santé (cf. 2.5 Déterminants, et 6. Plan d'action).

### ***Encourager une approche de «santé publique»***

On peut considérer que la tâche première consiste à faire de la santé psychique un thème politique. La prise de conscience limitée de l'importance (économique) de ce domaine se traduit encore actuellement par le fait qu'il occupe une position secondaire dans l'agenda politique. Augmenter la compréhension de l'importance de la santé psychique par la majeure partie de la population est donc un objectif intermédiaire essentiel. Aussi longtemps que l'importance de ce domaine et que le potentiel que recèle une bonne offre de traitements ne seront pas reconnus, il n'y aura pas la pression suffisante ou le soutien nécessaire pour modifier la situation.

### ***Problèmes de l'actuelle offre de soins***

Les experts européens consultés ont mentionné que la fragmentation de certaines structures de soins constitue un problème préoccupant. Le manque de coopération, voire même le manque de volonté à coopérer des différents acteurs est perçu comme une barrière à un meilleur accès et à une meilleure qualité des prestations de soins existantes. De même, le fait de se limiter aux aspects médicaux – lesquels négligent par ex. les éléments de prévention ou d'interventions non médicales – et de conserver des structures de financement généralement très fragmentées conduit à des pertes d'efficacité dues aux frictions et à des soins inadéquats ou inefficaces.

### ***Réformes proposées***

D'une manière générale dans l'espace européen, les réformes proposées vont dans le sens d'une coopération/intégration de domaines toujours plus nombreux du système de santé. Cette coopération de différents services est censée garantir de meilleurs soins. Cependant, la coordination et la coopération accrues influencent les niveaux de compétences de décision (dans les institutions, aux plans local et national).

Les réformes proposées peuvent être visualisées à l'aide d'une matrice (Tansella, Thornicroft, 1998) schématisant la continuité nécessaire. Les domaines surlignés en gris correspondent aux propositions visant à améliorer la coopération.

Tableau 3 : Exemples de la continuité horizontale et verticale

		← Etendue des services nommés →						
Niveau de décision ↑ ↓	Service/ Niveau politique	Formation, justice, assistance	Promotion de la santé	Système de santé	Services de santé primaires	Services psychia- triques	Station- naires  Proches de la commune	Travail accompagné, loisirs
	Niveau national, gouvernement	Par ex. coopération entre les gouvernements nationaux et régionaux visant à introduire des mesures de promotion de la santé dans les écoles, chez ceux qui cherchent du travail, etc...						
	Collectivités régionales ou locales							
	Services individuels				Par ex. coopération entre le médecin de famille et les psychiatres en cabinet			

Source : Schunke, 2003

### Etendue de la coopération

Les possibilités de coopérer sont multiples. Deux types de coopération pertinents pour la prise en charge des patients psychiques sont présentés ci-après :

Entre médecine générale et psychiatrie: la collaboration déficiente entre les médecins de famille et les psychiatres installés en cabinet constitue le principal problème. La garantie de soins continus sur le long terme pour des maladies qui évoluent vers la chronicité doit être facilitée par une meilleure coordination/intégration. Toutefois, le seuil d'inhibition à vaincre pour se rendre chez le médecin de famille – qui devrait par ailleurs être mieux formé – étant plus bas, il faudrait pouvoir mieux utiliser cette forme d'accès (voir le plan d'action, chap. 6.8.1 : Développement de la qualité des offres de soins somatiques, psychiatriques et psychothérapeutiques).

Entre prestataires de soins dans le domaine psychiatrique: la coopération dans ce domaine doit avant tout réduire les résistances et les difficultés qui surviennent à l'occasion du passage du traitement hospitalier à l'ambulatoire. En dépit d'essais répétés visant à améliorer la transition, il reste encore d'importants problèmes non résolus (voir le plan d'action, chap. 6.8.2 : offres de soins coordonnés).

### **Niveaux et répartition des compétences**

Dans ce domaine, il faut noter des différences intéressantes entre les préférences des experts germanophones et anglophones. Alors que ces derniers privilégient l'importance de décisions prises au niveau national, par exemple pour l'introduction de standards comparables, les premiers donnent la préférence à ce que les réformes portent sur le niveau des prestataires locaux, voire même individuels.

Niveau des prestataires de soins individuels: à ce niveau, une coordination renforcée doit permettre une réaction rapide et souple par rapport aux besoins des patients. La mise à disposition de services répondant à des degrés d'intensité différents de la maladie, et donc la possibilité d'assurer la continuité de soins modulés en fonction de la situation, ne peuvent être atteintes que par une meilleure collaboration entre les différents dispensateurs de soins. Si l'on veut faciliter l'orientation vers les patients – autrement dit que l'intensité et le type de soins soient adaptées aux besoins des patients – il faut au moins qu'une coopération existe entre ces services. Dans le cas contraire, les conflits de responsabilité et de répartition prennent le dessus. Il est permis de douter qu'en cas de situations conflictuelles on trouve à ce niveau des solutions satisfaisantes de conciliation.

Niveau local / régional (cantonal): à ce niveau, l'objectif de la coordination est d'assurer des soins adéquats à la population – et non seulement aux groupes de patients déjà pris en charge, comme c'est le cas pour chacun des services spécialisés. L'existence de structures de coordination régionale est à ce titre importante. La responsabilité en matière d'arbitrage et d'interventions visant à garantir la qualité est du ressort du niveau régional. Les institutions communales/cantonales devraient pouvoir opérer avec souplesse des transferts de ressources financières et en personnel. Elles doivent aussi pouvoir fixer et contrôler des standards de qualités.

Niveau national : les experts anglophones y voient un énorme potentiel quant à la garantie d'une meilleure justice distributive de l'offre de soins, en quantité et en qualité. Il ne serait possible de réduire les disparités régionales que dans les domaines où l'on peut opérer des transferts de ressources ou fixer des standards nationaux (minimaux). Un équilibre entre les réponses souples et régionales et la lutte contre les disparités locales injustifiées et inefficaces doit être trouvé. L'absence complète de structures nationales – comme on l'observe souvent dans l'espace germanophone – ne peut en aucun cas représenter une solution.

Les recommandations de la présente stratégie (Chapitre 6, plan d'action) se réfèrent aux références européennes et internationales citées.

### **3 Données relatives à la santé psychique et à la fréquence, à l'étendue et aux conséquences des troubles psychiques**

Pour définir les orientations stratégiques, on doit pouvoir disposer, outre les informations différenciées sur l'offre existante en psychiatrie, d'informations épidémiologiques sur l'incidence et la prévalence des troubles psychiques. Des informations proviennent de relevés de données auprès de la population effectués sur le plan national et international, d'études épidémiologiques, de données venant des registres des institutions soignantes ainsi que d'enquêtes relatives à la perception – socialement et culturellement très variable – usuelle par la population concernant les troubles psychiques et les soins qui y sont apportés. Ce chapitre résume les principales données disponibles sur la santé psychique ainsi que sur la fréquence, la gravité, la mortalité, les conséquences des maladies psychiques chroniques et la fréquence des handicaps psychiques dans la population suisse.

#### **3.1 La santé psychique dans la population en Suisse**

Autant que possible, on présentera les informations sur la situation de la santé psychique et ses déterminants en différenciant les phases de la vie. Les données proviennent principalement de l'Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la santé, Panel suisse des ménages) et du rapport de monitoring établi par l'Observatoire suisse de la santé : Santé psychique en Suisse – Monitoring par l'Observatoire de la santé (Ruesch, Manzoni, 2003), ainsi que de diverses études épidémiologiques.

##### **3.1.1 Bien-être psychique des enfants et adolescents et leur gestion des contraintes**

L'enquête internationale sur la santé des élèves âgés de 11 à 16 ans (HBSC ; Schmid, Delgrande, Knutsche, et al., 2003) et l'étude suisse sur la santé et le style de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans (SMASH 2002 ; Narring, Tschumper, Inderwildi, Addor, et al., 2002) nous fournissent des informations sur la santé psychique des enfants et adolescents. La première enquête a déjà été effectuée cinq fois sous la houlette de l'OMS.

L'enquête suisse auprès des élèves de 11 – 16 ans documente les comportements de santé principalement en rapport avec la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. L'enquête SMASH 2002 fournit des informations sur l'état de santé et les besoins en matière de santé de 7420 jeunes de toutes les régions linguistiques et permet de comparaison les principales évolutions par rapport à il y a dix ans. Ci après, on présentera les principaux aspects qui ressortent de l'enquête SMASH 2002.

Selon l'étude SMASH 2002, la plupart des adolescents entre 16 et 20 ans se sentent en bonne santé au moment de l'étude et estiment être bien entourés. Néanmoins, les adolescents sont plus nombreux qu'il y a dix ans à se plaindre de difficultés psychiques et de problèmes de dépendance. 35 % des filles et 20 % des garçons signalent qu'ils sont déprimés. La moitié des filles et le tiers des garçons questionnés disent avoir besoin d'aide pour gérer le stress. 8 % des filles et 3 % des garçons ont des pensées suicidaires.

Les jeunes qui effectuent une formation duale (travail d'apprentissage et école) se jugent plus souvent psychologiquement perturbés que les gymnasiens et élèves d'écoles professionnelles du même âge.

L'équipe de chercheurs de SMASH 2002 constatent des évolutions préoccupantes en relation avec tous les domaines du comportement de santé des adolescents. La consommation de drogues légales et illégales s'est fortement accrue entre 1993 et 2002. La consommation d'alcool (une fois ou plus par semaine) des jeunes filles de 16 à 20 ans a augmenté de 14 points (de 28 à 42%) de 1993 à 2002. Celle des jeunes hommes de 11 points (de 56% à 67%). Près d'un tiers des filles et plus de la moitié des garçons ont indiqué avoir été au moins une fois saoul le mois qui précédait l'enquête. Les adolescents se tournent facilement vers le cannabis. La consommation de drogues synthétiques a presque doublé en 10 ans. Les jeunes sont aussi très préoccupés de leur apparence. Près de 70 % des jeunes filles et 25% des jeunes hommes veulent maigrir pour paraître mieux. L'enquête sur la santé des écoliers (Schmid, Delgrande, Knutsche, et al., 2003) montre que les comportements en relation avec le tabac, l'alcool et les drogues s'installent souvent avant l'âge de 16 ans.

### **3.1.2 Bien-être psychique des adultes jusque dans le 4ème âge et formes de maîtrise des problèmes psychiques<sup>2</sup>**

Selon l'Enquête suisse sur la santé, qui constitue la plus importante source d'information (Rüesch, Manzoni, 2003, p. 13 ss), les personnes qui se trouvent dans un bon état de bien-être psychique affirment être pleines de force et d'optimisme pratiquement tous les jours et se sentir la plupart du temps calmes, équilibrées et détendues. De plus, elles déclarent être rarement abattues ou de mauvaise humeur. Les jeunes adultes sont 35 % à affirmer qu'ils atteignent cet état (cf. figure 2).

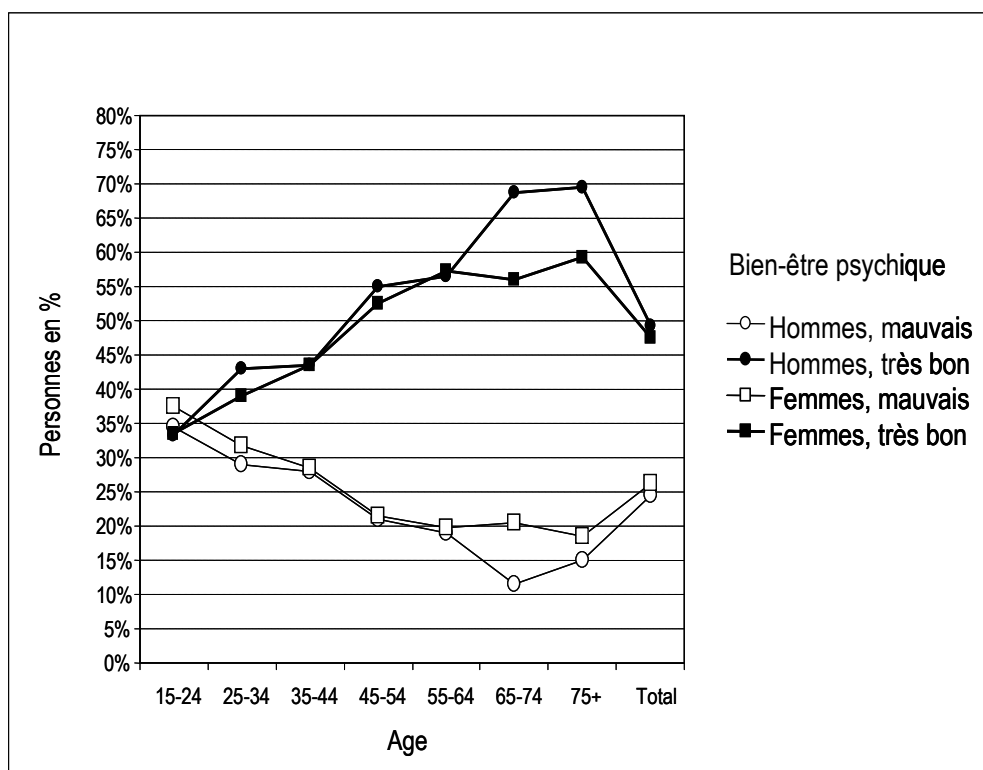
Il ressort de cette même étude que les femmes s'estiment aller moins bien psychologiquement que les hommes et consomment plus de médicaments psychotropes que le sexe masculin. D'après cette étude, la fréquence du bien-être psychique augmente avec l'âge. On peut supposer que les adultes ont appris avec les années qu'il est possible de surmonter des crises psychiques et de se contenter des satisfactions que la vie apporte.

---

<sup>2</sup> Dès que les données de l'enquête suisse sur la santé 2002 seront disponibles, les chiffres de ce chapitre seront actualisés.



Figure 2 : Bien-être psychique (jugé mauvais ou jugé très bon) des hommes et des femmes par catégorie d'âge (Suisse, 1997)



Source : Observatoire de la santé – Données de l'enquête suisse sur la santé 1997 (Office fédéral de la statistique) / Ruesch, Manzoni, 2003.

*Formes de maîtrise de l'existence:* la conviction de pouvoir maîtriser son existence (capacité de contrôle interne) conduit à une meilleure santé psychique. Cette conviction s'accroît avec l'âge. Le degré de conviction des hommes est plus élevé que celui des femmes. La confiance en l'être humain et le sentiment d'appartenance sociale permettent de mieux maîtriser les événements critiques de l'existence. Les conjoints et partenaires représentent la principale source du soutien social. Les femmes sont mieux en mesure d'accepter le soutien social que les hommes (Rüesch, Manzoni, 2003).

### 3.1.3 Phénomènes migratoires

Bien que le fait d'émigrer soit un acte de la personne migrante qui indique qu'elle dispose d'importantes ressources psychiques mobilisables, son état de santé psychique est en moyenne moins bon que celui de la population suisse. L'incertitude quant au statut de séjour, le déracinement, le manque de formation scolaire et professionnelle, le chômage et parfois des expériences traumatiques graves peuvent aggraver cette situation (OFSP, Stratégie Migration et santé, 2002).

### 3.1.4 Expériences de la violence et de victimisation

Quel que soit le type de violence, celle-ci représente une autre contrainte très lourde. Selon Rüesch, Manzoni, 2003, les personnes plus jeunes sont, de loin, les plus souvent victimes d'actes de violence sous quelque forme que ce soit. Près de 17 % de la population masculine âgée de 15 à 34 ans et 13 % de la population féminine du même âge déclarent avoir été victimes de violences verbales ou physiques ou d'un vol pendant les derniers douze mois. Les deux délits les plus craints sont le vol hors du domicile et le cambriolage. Les femmes nourrissent plus de crainte que les hommes envers pratiquement tous les délits mentionnés dans l'enquête.

## 3.2 Fréquence des troubles psychiques

Un regard sur l'évolution de la recherche épidémiologique sur les troubles psychiques révèle qu'il s'agit d'une discipline jeune, dont la terminologie n'est pas encore consolidée. Les bases de diagnostic actuellement valables existent seulement depuis vingt bonnes années et elles reposent largement sur des notions empiriques concernant les symptômes, la durée, la fréquence, les atteintes, etc.

Les grandes études américaines ressortent du lot des enquêtes effectuées. A côté des études transversales, il n'y a que peu d'études longitudinales. La plus importante d'entre elles, l'étude dite de Zurich de Jules Angst, date des années septante. Malheureusement, aucune autre étude comparable n'a été relancée en Suisse.

Toutes les études effectuées jusqu'à ce jour montrent que les troubles psychiques sont extrêmement fréquents. Environ 50 % des gens souffrent au moins une fois dans leur vie d'un trouble psychique (Ajdacic, Graf, 2003).

### 3.2.1 Troubles psychiques chez les enfants et les adolescents

La fréquence des comportements qui posent problème chez les enfants et adolescents en âge scolaire s'élève à 20 – 25 % (Specht, 1992). Il s'agit en fait de troubles du développement psychique (bégaiement, dyslexie, autisme, etc.), de comportements étranges (hyperactivité, etc.) et de troubles émotionnels (épisodes dépressifs, etc.). Les problèmes d'anxiété sont le plus souvent évoqués.

L'étude longitudinale de Zurich sur la psychologie et psychopathologie di développement (Winkler, Steinhausen 1997, 1999) a analysé les facteurs de risque, de protection et de vulnérabilité et a identifié trois degrés de gravité des humeurs dépressives. 13 % des 567 adolescents interrogés âgés de 11 à 16 ans étaient gravement dépressifs. Au nombre des raisons invoquées figuraient un mauvais sentiment de leur propre valeur, des problèmes relationnels avec les parents et les jeunes de leur âge ainsi que des problèmes scolaires.

### 3.2.2 Troubles psychiques chez les adultes

Dans la population des 20 à 65 ans, 20 à 30 % souffrent d'un trouble psychique sur une période de 12 mois (prévalence annuelle), et 1 à 2 % par an deviennent nouvellement malades. Les troubles affectifs et d'anxiété sont particulièrement fréquents. Deux grandes études, celles de Zurich et de Bâle, ont confirmé les ordres de grandeur des données internationales (Ajdacic, nov. 2003, p. 46).

**Tableau 4: Vue d'ensemble de la fréquence des troubles psychiques dans les études épidémiologiques internationales\***

	Prévalence sur 12 mois	Prévalence sur la durée de vie
<b>Total des troubles diagnostiqués</b>	20-30	40-50
<b>Troubles diagnostiqués, à l'exclusion des troubles dus à l'abus de substances</b>	10-20	35-40
<b>Schizophrénie</b>	~0.5 (0.2–1.3)	0.3-1
<b>Troubles affectifs</b>	2-10	10-25
<b>Dépression majeure</b>	2-7	5-20
<b>Etats dépressifs chroniques</b>		2-7
<b>Episodes hypomaniaques, troubles bi-polaires</b>		0.5-10
<b>Totalité des troubles anxieux</b>	7-17	13-27
<b>Troubles de l'alimentation</b>		1.5
<b>Troubles de la personnalité</b>	5	5-10
<b>Troubles somatoformes</b>		7-8

\*Taux en %; la plupart des études se fondent sur les critères DSM de classification des maladies psychiques

Source: Ajdacic, Graf, 2003

Le degré de gravité des troubles psychiques peut varier fortement. Tous les troubles psychiques ne sont pas nécessairement accompagnés d'une diminution des performances. Toutefois, 15 à 25 % des personnes sont affectés par deux ou plusieurs troubles au cours de leur vie. Cela signifie que leur pronostic se péjore, qu'il conduit à un niveau d'atteinte à la santé plus grave et à des besoins accrus de traitement. Il s'est avéré que l'apparition de la maladie dans le jeune âge est corrélée avec une co-morbidité plus élevée. Il faut donc comprendre le traitement précoce et adéquat de nouveaux troubles psychiques comme une mesure de prévention de la co-morbidité (Ajdacic, Graf, 2003).

### 3.2.3 Troubles psychiques durant la vieillesse

La prévalence sur une année des maladies psychiques chez les personnes âgées s'élève au total à 25 %. Les troubles dépressifs dans la vieillesse sont l'un des problèmes de santé les plus fréquents. Selon F. Höpflinger (Höpflinger, 2003), pour des maladies telles que le diabète ou l'insuffisance cardiaque, la co-morbidité avec une dépression se situe à 40-50 %. Chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, les troubles dépressifs sont aussi relativement fréquents (20%). On constate des taux de prévalence des troubles dépressifs chez les patients hospitalisés âgés et les pensionnaires de homes et d'établissements médico-sociaux allant jusqu'à 50 %. Toutefois, chez les personnes âgées, la maladie évolue souvent de manière atypique, cachée derrière des symptômes somatiques.

Selon Höpflinger (2003), il existe pour les troubles dépressifs liés à l'âge des liens significatifs avec les facteurs suivants :

- Facteurs liés à la personne et stratégies utilisées pour maîtriser sa vie
- Caractéristiques propres à la biographie de la personne
- Evénements critiques de l'existence et contraintes quotidiennes
- Soutien social
- Appartenance à la classe sociale

Environ 86'000 personnes âgées de plus de 60 ans et 83'000 personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démence sénile. Ce chiffre est considérablement plus élevé que ce qui avait été estimé pour la Suisse au début des années quatre-vingt-dix jusqu'en l'an 2000 (Höpflinger, 2003). Presque deux tiers (64%) des malades atteints de démence sénile sont âgés de 80 ans et plus. Ces personnes souffrent aussi fréquemment d'autres maladies (multi-morbidité). Le cumul de plusieurs maladies constitue un défi majeur pour le maintien de l'autonomie et la prise en charge et les soins aux personnes âgées.

## 3.3 Mortalité

La mortalité liée aux maladies psychiques est relativement faible, mais on doit constater que le taux de suicides est particulièrement élevé en Suisse. Le suicide <sup>3</sup> vient au deuxième rang des causes de décès chez les jeunes. Dans les autres groupes d'âge, le suicide occupe une des premières places si l'on compte les années de vie perdues. Le suicide est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. En 1999, en Suisse, 929 hommes et 367 femmes se sont enlevé la vie, ce qui correspond à 27 suicides sur 100'000 hommes et à 10 suicides sur 100'000 femmes (OMS, 2003).

---

<sup>3</sup> Le suicide n'est en soi pas une maladie, ni forcément l'expression d'une maladie, mais il est par ailleurs certain que des maladies et troubles psychiques sont l'un des principaux facteurs associés au suicide (OMS, Genève, 2000)

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

Les méthodes de suicide les plus fréquentes sont la pendaison et le décès par balle (>20%), suivies par les empoisonnements (suicide par absorption de médicaments, >10%). La part des décès suite à des coups de feu, typiques chez les hommes, a considérablement augmenté ces dernières années. Le choix des méthodes de suicide varie selon les régions (Ajdacic, nov. 2003).

En comparaison internationale, la Suisse occupe la sixième place parmi les pays énumérés ci-après (tableau 5).

**Tableau 5: Comparaison des taux de suicide par 100'000 habitants en 1999 dans quelques pays**

Classement selon taux dégressifs				
Pays	Total	Hommes	Femmes	Nombre
Russian fed.	39.4	70.6	11.9	56'934
Hungary	29.2	47.1	13.0	2'979
Japan	25.1	36.5	14.1	31'421
Finland	22.5	34.6	10.9	1'163
Belgium	19.8	29.4	10.7	2'013
Austria	18.3	27.3	9.8	1'489
<b>Switzerland</b>	<b>18.1</b>	<b>26.5</b>	<b>10.1</b>	<b>1'296</b>
France	17.5	26.1	9.4	10'268
Czech Rep.	16.1	26.0	6.7	1'649
Poland	15.1	25.9	4.9	5'841
Denmark	14.4	20.9	8.1	763
Sweden	13.8	19.7	8.0	1'219
Germany	13.6	20.2	7.3	11'160
Slovakia	13.5	22.6	4.9	729
Australia	13.1	21.2	5.1	2'488
Norway	13.1	19.5	6.8	583
Ireland	11.3	18.4	4.3	424
USA	10.7	17.6	4.1	29'180
Netherlands	9.5	13.0	6.3	1'517
Spain	8.1	12.4	4.0	3'218
Un.Kingdom	7.5	11.8	3.3	4'448
Italy	7.1	11.1	3.4	4'115
Portugal	5.1	8.5	2.0	524
Greece	3.6	5.7	1.6	381
			<b>Total</b>	<b>174'313</b>

Source: OMS mental health – prévention du suicide, 2003

Les tentatives de suicide doivent être estimées à un nombre nettement plus élevé. On les estime à entre 8'000 et 15'000 par an en Suisse. Les études les plus approfondies des tentatives de suicide ont été menées par le groupe de recherche de K. Michel et al. (Ajdacic, Graf, 2003) en collaboration avec l'OMS-Europe. Pour l'instant, cette collaboration internationale a lieu avec un groupe à Bâle (Eichhorn). A l'inverse du

suicide accompli, les tentatives de suicide et les pensées suicidaires sont liées au développement de la personnalité et se rencontrent plus fréquemment chez les jeunes personnes ; elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Les pensées suicidaires (et de mort) figurent parmi les principaux symptômes de la dépression.

### **3.4 Conséquences de la maladie (burden of disease)**

Des estimations précédentes, fondées entre autres sur les taux de mortalité, ont sous-estimé la charge que représentent les maladies psychiques sur l'ensemble de la population. Ce n'est que durant ces dernières décennies qu'ont été développés des instruments de mesure qui permettent de tenir simultanément compte de différentes caractéristiques pour comparer les maladies et leur importance. En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque mondiale ont introduit un nouvel instrument de mesure pour évaluer la diminution de la vie due à des problèmes de santé. Cette formule combine la charge engendrée par les maladies chroniques non mortelles et l'espérance de vie et pondère, pour un certain groupe d'individus, la diminution de ses aptitudes fonctionnelles. Le DALY (disability adjusted life years) est une mesure qui permet d'évaluer le nombre d'années de vie utile perdues du fait de la maladie et de l'infirmité ainsi les années potentielles perdues par décès prématuré. Dans la liste de classement des DALYS, la dépression chez les hommes et femmes âgés de 15 à 44 ans occupe le second rang, après les maladies cardio-vasculaires. Leur espérance de vie est estimée en moyenne de neuf ans inférieure à celle de la population en santé (World health report, 2001, p. 24 ss.).

#### **3.4.1 Performances et capacité de travail**

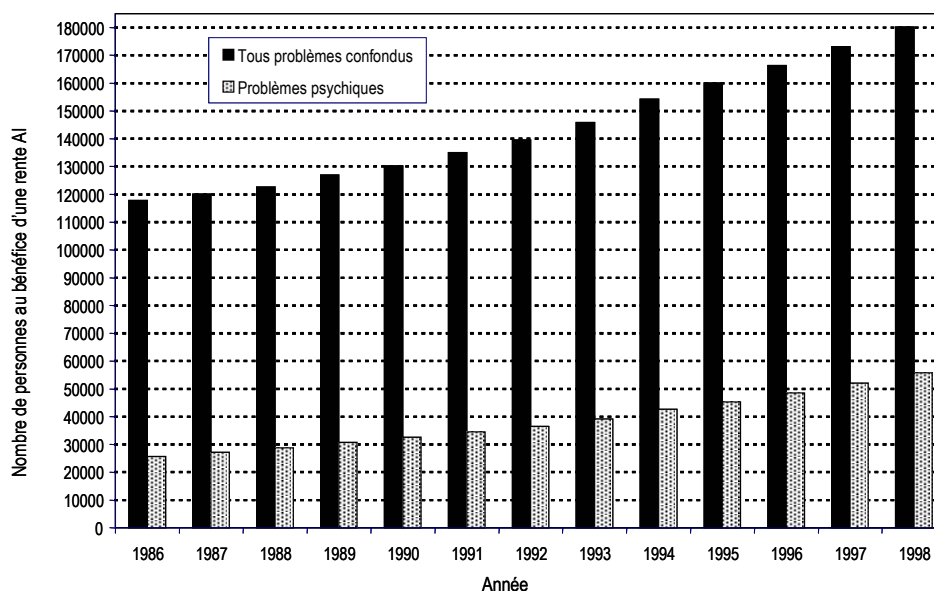
Les personnes souffrant de graves problèmes psychiques sentent que leurs performances individuelles sont compromises et 20 % environ sont portés malades pour une durée indéterminée. Les hommes et les femmes en proie à des problèmes psychiques sont plus fréquemment au chômage et plus nombreux à toucher une rente. L'absence d'activité professionnelle chez les personnes qui ont des troubles psychiques apparaît très nettement chez les hommes âgés de 35 à 54 ans. Dans ce groupe d'âge, 25 à 30 % des hommes qui présentent un problème psychique nécessitant un traitement déclarent ne pas avoir d'emploi alors que, dans l'ensemble de la population, seulement 5% des hommes d'âge correspondant sont dans cette situation. Chez les femmes, le taux des personnes sans emploi dans le groupe des 35 à 54 ans est généralement nettement plus élevé (environ 30%) (Rüesch, Manzoni, 2003).

### 3.4.2 Maladie psychique et rente d'invalidité

En 2002, 80'000 personnes ont reçu une rente AI en raison d'un trouble psychique (OFAS, 2003). Si l'on se réfère à la population âgée de 20 à 65 ans, on estime que 19 hommes et femmes sur 1000 reçoivent une rente AI causée par une maladie psychique.

De 1986 à 1998, le nombre de bénéficiaires d'une rente d'invalidité est passé de 117'000 à 180'000, ce qui correspond à une hausse de 35 % (figure 3). Pour les personnes souffrant d'un trouble psychique, la progression a été encore plus marquée, passant de 25'701 à 55'749 personnes, pour atteindre 31 % de l'ensemble des bénéficiaires d'une rente AI (Rüesch, Manzoni, 2003, p. 30 ss.).

**Figure 3: Nombre des bénéficiaires d'une rente AI en Suisse de 1986 à 1998 : ensemble des rentes et rentes pour cause de maladie psychique**



Observatoire de la santé – Données de la statistique de l'assurance invalidité 1999 (OFAS) / Rüesch, Manzoni, 2003

La proportion des personnes au bénéfice d'une rente d'invalidité pour des raisons psychiques varie fortement selon l'âge. Le nombre de hommes et des femmes touchant une rente est pratiquement identique dans tous les groupes d'âge. Le pourcentage de personnes qui perçoivent une rente AI en raison d'une maladie psychique grave ou de troubles névrotiques diffère énormément d'une région à l'autre (cf. Rüesch, Manzoni, 2003, p. 33).

### 3.5 Qualité de vie des malades psychiques chroniques

La qualité de vie est un concept intégratif relativement nouveau, spécialement important pour les malades chroniques parce que pour eux, des buts tels que la guérison complète ou l'intégration sociale complète ne peuvent être atteints qu'en partie. Arriver à une certaine qualité de vie tout en souffrant d'une maladie psychique chronique est un processus très complexe. Dans les cantons des deux Bâle, une étude qualitative (Baer, et al., 2003) a documenté la qualité de vie vécue par les malades psychiques chroniques et leurs proches et identifié les facteurs qui influencent le sentiment de bien-être. Les résultats de cette étude montrent que pour les personnes placées dans des situations de vie comparables (qui sont psychiquement gravement malades depuis longtemps et vivent en marge de la société), la qualité de vie est individuelle et dynamique, que les besoins diffèrent et peuvent se modifier, comme cela peut aussi être le cas chez les personnes en bonne santé. La maladie et les diverses formes de souffrance qui lui sont liées marquent très spécifiquement de leur empreinte la vie des personnes concernées. Outre les réalités sociales objectives telles que travailler, avoir son propre logement et un réseau valable de relations, la qualité de vie ressentie par les malades psychiques dépend essentiellement du traitement et de la réadaptation. A cet égard, les dimensions susceptibles d'être influencées sont les suivantes : dépendance/autonomie, échec/compétence, inutilité/utilité, résignation/perspective, souffrance/stabilité.



## **4 Offres de prise en charge et recours aux soins - coûts et financement de la santé et de la maladie psychique**

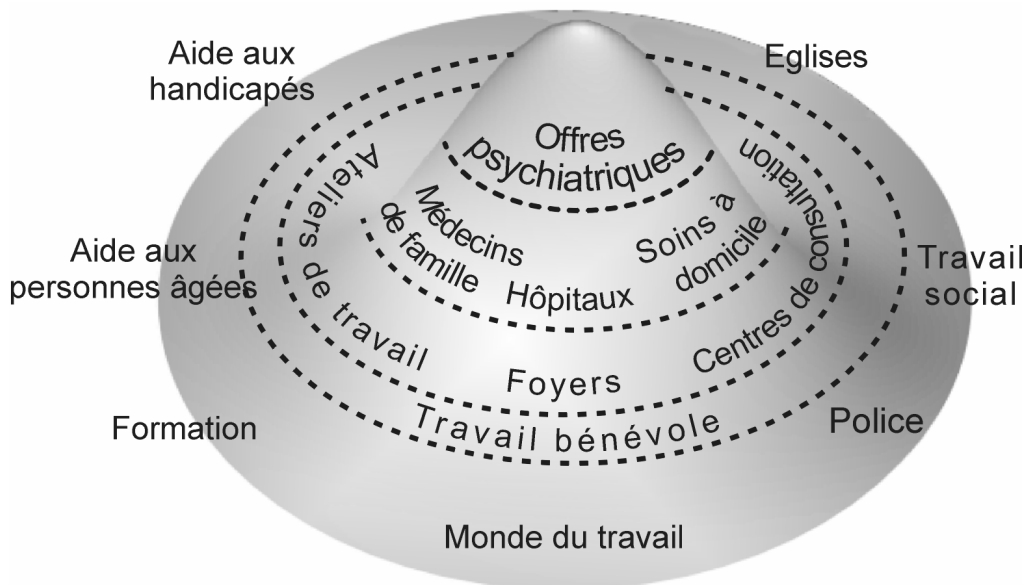
Ce chapitre réunit les principales informations sur les offres de prise en charge, le recours aux soins ainsi que sur les coûts et le financement des mesures visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique. Il met en évidence les problèmes en se basant sur les publications qui ont servi au développement de la stratégie (cf. annexes I et II). En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique médicale (hospitalière et semi-hospitalière), il existe des données relativement complètes. Grâce à la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique, celles-ci vont encore s'améliorer par l'apport toujours plus complet des données psychiatriques complémentaires. En revanche, les données concernant les offres ambulatoires des médecins et thérapeutes en pratique libre sont restreintes. Ces lacunes peuvent en partie être comblées par les données du Schweizerisches Diagnosen Index (SDI) et, avec quelques restrictions, par celles du Panel suisse de ménages et de l'Enquête suisse sur la santé. Les données concernant tout le réseau des institutions médicales et sociales de prise en charge et leurs coûts, concernant tous les groupes d'âge, sont également insuffisantes, ce qui ne nous permettra guère, dans ce chapitre, de différencier les coûts par classe d'âge.

### **4.1 Offre**

En référence aux déterminants de la santé psychique décrits au chapitre 2, les moyens à mettre en oeuvre pour protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique requièrent la coopération des services sanitaires, sociaux, d'aide aux handicapés et à la jeunesse, d'assistance aux personnes âgées ainsi que de l'économie, la justice et la police (cf. figure 4).

Une vue d'ensemble des stratégies et mesures en cours à ce jour (Bruhin, 2002, Bruttin, 2003) montre que la Suisse dispose d'une offre largement différenciée. Sur 276 organisations interrogées, on a pu relever et analyser 197 stratégies et mesures visant à maintenir, à promouvoir et à rétablir la santé psychique. Des services publics ainsi que des organisations privées s'engagent en faveur de la santé psychique de la population.

Figure 4 : Le réseau des offres de soins



#### 4.1.1 Offres de promotion de la santé et de prévention

Au niveau stratégique, quelques cantons disposent de concepts visant à protéger et à promouvoir la santé psychique. En matière de programmes, des organismes privés et publics mettent en œuvre des programmes concernant les thèmes suivants (Bruhin, 2002):

- Lutte contre le stress ; développement des compétences sociales
- Lutte contre les abus sexuels dans le domaine des loisirs, contre la maltraitance des enfants, intervention de crise pour les jeunes filles
- Prévention de la violence domestique
- Détection précoce/prévention secondaire de psychoses
- Prévention du suicide
- Développement des compétences sociales dans le milieu scolaire, par la formation des parents et par le perfectionnement professionnel

Ces offres représentent 21 % des stratégies inventoriées (Bruhin, 2002).

#### 4.1.2 Travail bénévole, aide à soi-même (entraide), participation des malades et des proches

Des organisations d'utilité publique (par ex. EPER, Caritas) offrent les aides et consultations suivantes en dehors de la prise en charge médicale au sens strict du terme:

- Programmes d'intégration pour les enfants, les adolescents en difficulté, les familles et les personnes âgées
- Intégration professionnelle des chômeurs (de longue durée), des sans-abri et des handicapés en leur procurant des emplois
- Intégration sociale des migrants et des réfugiés.

L'aide à soi-même et l'entraide (par ex. Equilibrium, Association des proches de malades souffrant de schizophrénie ou de troubles psychiques VASK, Anxietas, Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique GRAAP, Pro Mente Sana) offrent aux personnes concernées et à leurs proches des informations, un soutien social. Elle assure aussi des prestations en faveur des groupes régionaux d'entraide et se concrétise aussi sous forme d'un travail de sensibilisation de l'opinion publique. L'entraide structurée a pour but de soutenir les malades psychiques face aux difficultés de la vie quotidienne (Borghetto 2003, Matzat, 1999). Elle facilite les contacts entre les personnes concernées, atténue les préjugés dans la population et encourage la collaboration entre malades et professionnels de la psychiatrie. Ces prestations contribuent à améliorer la qualité de vie. Les études représentatives menées en Allemagne auprès des **proches** montrent que les proches prodiguant des soins consacrent entre cinq et vingt heures par semaine à s'occuper d'un membre de la famille psychiquement malade. La moitié d'entre eux indique que cela implique une charge financière considérable, que les relations familiales se détériorent et qu'en tant que proches, ils vivent une exclusion sociale. Ils affirment subir des discriminations et percevoir des effets négatifs sur leur propre santé. Ils se sentent souvent seuls, fréquemment débordés et épuisés. Les charges qui pèsent sur la famille en cas de maladie psychique grave ont été longtemps sous-estimées (Angenmeyer, Matschinger, Holzinger, 1997; Mory, Jungbauer, Angermeyer, 2001).

Un groupe de proches dont il n'est pas suffisamment tenu compte, et qui a été maintes fois mentionné lors des journées consacrées au développement de la stratégie, est constitué par les **enfants de parents malades psychiques**. Ces enfants vivent souvent dans des conditions psychosociales difficiles. L'hospitalisation répétée d'un des parents engendre des séparations désécurisantes. Elles sont particulièrement déstabilisantes lorsqu'il s'agit d'une mère psychiquement malade qui élève seule son enfant. Des structures d'accueil désignées sont souvent appelées à contrôler que les enfants se portent bien. Ce contrôle est vécu par le parent psychiquement malade comme une menace permanente de retrait de la garde des enfants et engendre à son tour des tensions. Dans ces conditions, il est nécessaire d'offrir un soutien aux parents et des aides concrètes aux enfants (cf. Journées de travail).

### 4.1.3 Offre de soins en médecine générale et en psychiatrie

En pratique, les passages entre la médecine générale et la psychiatrie sont courants. Font partie des prestataires de soins de base les médecins praticiens sans titre FMH, les médecins généralistes, les médecins spécialisés en médecine interne et en pédiatrie. Les soins psychiatriques englobent les prestations des médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie ainsi que des services psychiatriques ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers. La psychothérapie déléguée et les prestations de soins infirmiers psychiatriques ambulatoires y sont incluses. Les besoins consécutifs aux troubles psychiques et psychosociaux sont couverts professionnellement par les prestations de médecine générale et par les prestations psychiatriques. Ces traitements sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

#### **Médecins en libre pratique**

Selon la statistique de la FMH (2002), 20'123 médecins au total ont ouvert un cabinet médical. 2209 sont enregistrés en tant que médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie. Dans ces chiffres sont inclus 383 médecins spécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Depuis 1997, le nombre de spécialistes en psychiatrie a progressé de 19 % par an, ce qui représente un accroissement de 3 % supérieur à celui des autres médecins. Cette augmentation a permis de combler, mais surtout dans les zones urbaines, dans une certaine mesure le manque de psychiatres installés en cabinet.

#### **Services psychiatriques semi-hospitaliers et hospitaliers**

Selon la statistique des hôpitaux et des institutions médico-sociales (OFS, 2001), il existe en Suisse au total 60 hôpitaux et cliniques psychiatriques. Elles offrent 8152 places en milieu hospitalier et 141 places en milieu semi hospitalier. Dans ces services, travaillent 14'000 professionnels de la médecine, des soins, de la psychologie ainsi de l'économie d'entreprise et ménagère (équivalents plein-temps). Ils assurent aux malades les traitements aigus et les interventions de crise. Les hôpitaux et cliniques psychiatriques publics dispensant les soins de base sont tenus de prendre en charge tous les patients. Font également partie de ceux-ci les patients qui n'ont pas l'intention de se faire soigner ou pour lesquels existe le risque qu'ils portent atteinte à eux-mêmes ou à autrui ainsi que des patients qui ne peuvent plus être pris en charge par leur entourage et dans le cadre de traitements ambulatoires.

#### **Réadaptation psychiatrique**

Le développement, le maintien et le rétablissement des capacités sociales, scolaires, professionnelles et des aptitudes qui permettent de gérer les difficultés de la vie quotidienne devraient concerner l'ensemble des prestations psychosociales et psychiatriques. Sous l'influence des réformes psychiatriques, les mesures de réinsertion des malades et invalides psychiatriques a été mise entièrement sous la responsabilité de l'assurance invalidité et de l'aide sociale. Les offres de réinsertion professionnelle des

malades psychiques et des handicapés en raison de troubles psychiques sont financées principalement par l'assurance-invalidité, par l'aide sociale et par les institutions sociales spécialisées. A l'heure actuelle, les établissements, ateliers de travail et centres de jour assurent la réinsertion sociale et professionnelle. En 2002, la Suisse disposait de 5'222 places dans les établissements et centres de jour pour des handicapés en raison de problèmes psychiques, soit 22 % de 23'406 places au total. Durant la même période, il y avait en Suisse 7'572 places en ateliers de travail pour les handicapés suite à des problèmes psychiques, soit 31 % de 24'102 places (OFAS, planification des besoins 2004-2006).

Les malades psychiques chroniques et handicapés psychiques qui entrent une fois dans un atelier de réinsertion n'ont généralement plus d'autres perspectives de développement afin de pouvoir mener une vie autonome et participer à une vie sociale normale. Ils sont souvent totalement dépendants des familles ou des foyers et participent à des occupations dans les centres de jours et ateliers dont ils n'auraient souvent pas besoin si une meilleure réhabilitation psychiatrique avait été effectuée.

### **4.1.4 Offres de formation de base, continue et de perfectionnement en psychiatrie, psychothérapie, soins et travail social**

Les catégories professionnelles suivantes soignent des malades psychiques dans les services psychiatriques et travaillent avec leurs proches: médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie, psychothérapeutes, infirmiers et infirmières, diplôme niveau II, avec spécialisation en psychiatrie; infirmiers et infirmières avec un diplôme professionnel supérieur en psychiatrie sociale; travailleurs sociaux ou socio-pédagogues ayant achevé leur formation dans des écoles professionnelles supérieures ou dans des hautes écoles spécialisées.

La formation prégraduée et postgraduée du corps médical est réglementée par la loi fédérale sur les professions médicales, actuellement en profonde révision auprès de l'OFSP. Jusqu'à maintenant, les règles régissant les professions soignantes relevaient de la compétence des cantons. Avec l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2004 de la nouvelle loi sur la formation professionnelle, la réglementation des professions de la santé sera de compétence fédérale (OFPT). Les membres des professions afférentes à la psychologie et au travail social ne doivent se soumettre à des règles légales concernant l'exercice de la profession que dans certains cantons. Une loi fédérale sur les professions de la psychologie est actuellement en cours d'élaboration à l'OFSP.

En Suisse, le standard de formation pour le corps médical et la psychologie correspond aux normes internationales. Avec ses sociétés médicales spécialisées, la Suisse dispose de connaissances étendues permettant d'effectuer des traitements adaptés aux patients. Dans le domaine du travail social, les collaborateurs peuvent maintenant aussi être formés dans des hautes écoles spécialisées. Dans les cantons de Suisse romande, il en va de même pour les personnes dispensant des soins. Une offre de perfectionnement spécialisée et scientifiquement fondée pour les soins et pour la réadaptation psychiatriques fait défaut en Suisse.

S'occuper des malades psychiques constitue une tâche très exigeante du point de vue intellectuel et émotionnel pour toutes les catégories professionnelles concernées. Actuellement, l'écart entre les connaissances scientifiques, les exigences professionnelles et les conditions de travail est trop important. C'est pourquoi le système suisse de santé est confronté à un problème général de relève dans le secteur de la psychiatrie :

Selon une estimation non encore publiée de l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie, sur 60 institutions psychiatriques consultées, 22 ne sont plus en mesure de remplir complètement leur mandat de prestation par suite d'un manque de médecins. Il y a en moyenne, par institution, une vacance de deux mois par an pour les postes médicaux. La non-occupation de ces postes est en partie compensée par des psychologues. Deux tiers des postes de médecins assistants en psychiatrie et psychothérapie sont occupés par des médecins venant de l'étranger.

Dans les régions rurales, les cabinets de psychiatres restent rares. Le nombre trop restreint de cabinets médicaux en libre pratique spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie n'est guère imputable à une meilleure santé psychique de la population rurale par rapport à celle des régions urbaines.

La formation des infirmiers et infirmières en psychiatrie a changé au cours des années quatre-vingt-dix pour devenir des infirmiers/infirmières, diplôme niveau II avec spécialisation en psychiatrie. Sur 200 places de formation disponibles, 94 étaient occupées en 2002. La Croix-Rouge suisse offre depuis 1999 la possibilité d'obtenir un diplôme professionnel supérieur en psychiatrie sociale. Les besoins ne sont en aucun cas couverts par cette formation complémentaire comprenant 600 leçons. Durant les quatre dernières années, 42 candidats seulement ont terminé cette spécialisation (formation professionnelle, CRS, 2002). L'association suisse des infirmiers et infirmières offre également un cursus de perfectionnement, plus court, qui fait l'objet d'attestations.

La catégorie professionnelle des psychologues avec formation clinique et psychothérapeutique n'est pas en bute aux problèmes de relève auxquels sont confrontés les médecins psychiatres. Il leur manque souvent une expérience pratique dans les cliniques psychiatriques. Une meilleure intégration de cette profession dans la prise en charge psychiatrique pourrait améliorer la position de la psychothérapie non médicale dans le système tarifaire de la LAMal.

### **4.2 Recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques**

La pression croissante du mal-être, le fait que l'on parvient mieux à diagnostiquer les maladies et les meilleures possibilités de traitement ainsi qu'une compréhension plus globale de la santé ont vraisemblablement conduit au fait que durant ces dernières années on a enregistré un accroissement notable du nombre des traitements psychiatriques. Sur 80.6 millions de diagnostics posés durant l'année 2001 par les médecins en cabinet en Suisse, 11% se rapportent à des troubles psychiques (IHA-IMS

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

Health, 2002). Les dépressions, les troubles anxieux et la dépendance à l'alcool sont les diagnostics psychiques les plus fréquents (Ajdacic, Graf, 2003).

Du point de vue des chances de guérison, le moment de la consultation et la qualité de la personne qui a été sollicitée pour apporter une aide professionnelle sont décisifs. La publication *La santé psychique en Suisse – Monitoring* de l'Observatoire suisse de la santé (Rüesch, Manzoni, 2003, p. 37 ss), la description des données de base des traitements psychiatriques hospitaliers (Christen&Christen, 2003) et l'épidémiologie des troubles psychiques (Ajdacic, Graf, 2003) contiennent déjà quelques indications quant au recours à des traitements psychiatriques et à la mise au bénéfice d'une rente AI consécutive aux maladies psychiques ainsi que quant aux facteurs d'influence sur la santé psychique. Ils sont résumés de la manière suivante :

Les personnes à la recherche d'une aide professionnelle pour traiter un problème psychique s'adressent, dans environ deux tiers des cas, à un spécialiste (médecin, médecin psychiatre, psychologue ou autre) en pratique privée. Un dernier tiers recourt aux offres de traitement rattachées à une clinique. Dans le détail, il apparaît que les hommes et les personnes jeunes se tournent le plus fréquemment vers un spécialiste, autrement dit vers un psychiatre ou un psychologue. De leur côté, les femmes et les personnes âgées consultent davantage des médecins hors du domaine de la psychiatrie. Le tableau 6 donne une vue d'ensemble des différentes possibilités de traitement.

**Tableau 6: Pourcentage de personnes en traitement pour un problème psychique auprès des différents prestataires de soins**

Prestataires de soins	Hommes	Femmes	15-34	35-49	50-64	65+
<i>Non rattachés à un établissement hospitalier :</i>						
• Psychiatre/psychologue	47.9%	34.9%	45.3%	44.7%	31.5%	20.5%
• Autre médecin	17.0%	33.3%	19.0%	25.4%	36.2%	45.6%
• Autre spécialiste	(2.8%)	3.5%	(3.6%)	(3.4%)	(3.3%)	(2.1%)
<i>Rattachés à un établissement hospitalier :</i>						
• Soins ambulatoires	21.0%	16.7%	20.5%	14.1%	17.7%	23.3%
• Soins hospitaliers	11.3%	11.6%	11.7%	12.4%	11.4%	(8.6%)
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Données: Enquête suisse sur la santé 1997; personnes en traitement pour un problème psychique N=618.

Pourcentages calculés par pondération des valeurs d'échantillonnage.

Valeurs entre parenthèses quand N<10.

#### **4.2.1 Traitements en pratique privée**

Une répartition par catégorie de médecins et consultations enregistrées dans l'indice des diagnostics IHA-IMS Health 2002 montre que 50 % des maladies psychiques diagnostiquées par des médecins en pratique privée sont traitées par des médecins non spécialisés et 50 % par des psychiatres avec titre de spécialité. En moyenne, les psychiatres et les médecins spécialisés en psychothérapie effectuent 1000 consultations par an, soit env. 100 patients à raison de dix consultations par année (Datenpool santéuisse, Analyse Obsan, 2003). Les médecins somaticiens effectuent dans le même laps de temps le double de consultations. Le nombre de consultations par médecin et par an est resté constant au cours des dernières années. La différence avec les médecins somaticiens s'explique par les formes particulières de traitement et par la rareté des traitements en urgence.

#### **4.2.2 Traitement hospitalier et semi-hospitalier de personnes souffrant d'une maladie psychique**

Selon Rüesch, Manzoni, 2003, les établissements psychiatriques soignent 72 % des personnes hospitalisées souffrant d'une maladie psychique. En 1998, un quart des personnes atteintes d'une telle maladie étaient prises en charge dans d'autres hôpitaux et environ 4 % d'entre elles résidaient dans des foyers. On estime que le volume des traitements fournis à des personnes souffrant d'une maladie psychique (N= 58 858) représente environ 5 % de tous les traitements hospitaliers (N= 1 290 903).

En 2000 (OFS, statistique des hôpitaux, 2001), on a enregistré 48'364 hospitalisations et 2'129 semi-hospitalisations dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques. Le taux d'occupation des lits s'élève à 93 % et la durée moyenne d'un séjour s'élève à 57.1 jours. Les taux d'hospitalisation atteignent 6.5 pour 1000 habitants dans le domaine hospitalier et 0.3 dans le domaine semi-hospitalier. En Suisse, 377 journées de soins ont été fournies en milieu hospitalier et 0.3 journée de soins en milieu semi-hospitalier pour 1000 habitants. De plus, dans des établissements de santé non hospitaliers, comme les établissements médico-sociaux ou foyers pour personnes handicapées, 2'174 traitements ont été dispensés pour des raisons psychiatriques. Le rapport statistique de 50:2 entre traitements hospitaliers et semi-hospitaliers en Suisse s'écarte considérablement de celui des pays voisins (cf. 5.8). En comparaison avec d'autres pays, il existe en Suisse une extrême sous dotation en places semi-hospitalières de traitement.

Une enquête récente par sondage sur un jour, portant sur le traitement de 1'343 patients soignés dans sept hôpitaux et cliniques psychiatriques du canton de Zurich, montre que 44 % des patients ne devraient pas être hospitalisés (Direction de la santé du canton de Zurich, 2002). D'autres cantons suisses font état des mêmes problèmes de placements inadéquats. Le fait que certaines caisses-maladie contestent depuis quelque temps le remboursement des prestations de soins infirmiers psychiatriques



ambulatoires ne va pas manquer d'accroître encore la fréquence des hospitalisations non nécessaires.

### **Activité professionnelle et hospitalisation psychiatrique**

Selon le degré de gravité et la durée de la maladie, 5 à 30 % des malades psychiques exercent une activité lucrative, avec un taux d'activité professionnelle d'environ 66 %. Les patients hospitalisés sont actifs à hauteur d'environ 20-25 %. Les malades chroniques qui ont subi plus de 10 hospitalisations ont encore un taux d'activité d'environ 5 %. A contrario, cela signifie que 60 à 95 % des malades psychiques sont exclus du marché du travail (Folgeplanung II, Psychiatriekonzept Baselland, 2002). Malgré les succès des récentes réformes psychiatriques, il faut en conclure que l'objectif d'intégration sociale et professionnelle ne pourra pas être atteint pour beaucoup de malades psychiques.

### **4.2.3 Soins infirmiers psychiatriques ambulatoires**

Les soins psychiatriques ambulatoires jouent un rôle central dans la prise en charge de personnes âgées souffrant de plusieurs maladies. Selon Abderhalden, Lüthi, Mazzola, et al., 2003, au moins 45 % des patients bénéficiant de soins à domicile dans les cantons de Zurich et de Saint-Gall souffrent de troubles psychiatriques. Une partie des malades concernés a besoin de soins professionnels et d'un suivi effectué par des soignants ayant une formation psychiatrique.

Les soins, le suivi et le traitement des personnes âgées psychiquement malades devraient avoir lieu à domicile, dans l'environnement habituel, aussi longtemps que cela est possible. C'est aussi ce que souhaitent clairement les personnes âgées. Environ 90 % des personnes âgées ayant besoin de soins et vivant à un domicile privé sont soignées par les membres de leur famille. La charge psychique et physique que représente cette prise en charge domestique est élevée, et les membres de famille qui assument de tels soins manifestent, en comparaison avec la population générale, nettement plus de troubles de santé.

Les soins infirmiers psychiatriques ambulatoires sont une partie intégrante de l'offre de soins psychiatriques de base (Journées de travail ; Folgeplanung II, Psychiatriekonzept Baselland, 2002).

### **4.2.4 Mesures prises contre de la volonté des patients**

Des mesures de contrainte sont prises dans différentes disciplines et situations et font partie du quotidien médical.

Des mesures de contrainte ont lieu en cas de situations d'urgence psychosociale ou somatique, qu'il s'agisse d'adultes, d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées désorientés. C'est dans le domaine psychiatrique que les mesures de contrainte s'imposent le plus fréquemment. D'après des extrapolations, 15'534 patients auraient été hospitalisés en 2000 contre leur volonté dans des hôpitaux et cliniques

psychiatriques. Cela représente 29 % de toutes les entrées. Parmi celles-ci, il y a eu 9'948 hospitalisations forcées (18.6% de toutes les admissions) avec privation de liberté à des fins d'assistance selon l'art. 397a du Code civil suisse. 5'586 autres hospitalisations forcées (10.5%) ont été décidées sans privation de liberté. Le pourcentage d'hospitalisations forcées varie selon les cantons de 15 à 50 %. Cela signifie que l'application de la privation de liberté à des fins d'assistance ainsi que la manière de traiter les malades psychiques gravement atteints sont différentes d'un canton à l'autre (Christen & Christen, 2003).

Toutes les mesures de contrainte prises en lien avec un traitement psychiatrique représentent une atteinte grave aux droits fondamentaux – protégés par la Constitution – de la personne concernée. Ceux-ci comprennent en particulier le droit à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement. En principe, il s'agit de prendre toutes les dispositions possibles qui permettent d'éviter les mesures de contrainte. Cela signifie que l'on doit avoir épuisé toutes les alternatives de traitement moins radicales offrant une chance de succès avant de recourir aux mesures de contrainte. A cet égard, la qualité et l'effectif du personnel ne doivent pas être sous-estimées.

Dans le cadre du droit individuel de disposer de soi-même, les patients se plaignent d'expériences douloureuses et de protection insuffisante en cas d'hospitalisations forcées et de mesures de contrainte.

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) est en train d'élaborer des règles d'éthique médicale et d'assurance-qualité en cas de mesures de contrainte.

### **4.3 Coûts et financement de la santé et de la maladie psychiques**

Il faut reconnaître que nous ne disposons en Suisse que de très peu de données sur les coûts occasionnés par les maladies psychiques, sur leur financement ainsi que sur la provenance des moyens financiers consacrés à la protection et à la promotion de la santé psychique et sur l'origine de ces fonds. Les raisons en sont multiples et il faut les chercher, entre autres, dans notre système de santé fédéraliste, dans le financement de celui-ci, dans le fait que l'efficacité des interventions de santé n'est pas mesurée et dans l'absence d'enquêtes scientifiques sur la question de l'efficacité et de l'économicité des traitements. Les paragraphes suivants ne peuvent donc prétendre être exhaustifs.

#### **4.3.1 Coûts de la protection et de la promotion de la santé psychique**

Il n'y a que très peu de chiffres disponibles concernant les coûts de la promotion de la santé et de la prévention dans le domaine de la santé psychique. En Suisse, les dépenses de santé atteignent au total 46 milliards de francs. Environ un milliard de francs est dépensés au titre de l'administration de la promotion de la santé et de la prévention, tant par la Confédération que les cantons, les communes et les institutions

privées et publiques (OFS, Coûts du système de santé, 2003 – Pharma Information 2003). Une très petite partie, à savoir 3 à 5 % des programmes et projets de promotion de la santé et de prévention, concerne des aspects de la santé psychique (Bruhin, 2002).

A titre d'exemple, Promotion Santé Suisse dispose, en vertu de l'article 19 de la LAMal, d'un peu plus de 17 millions de francs par année. Cette Fondation essaie d'agir aussi bien au niveau des conditions, du cadre de vie que du comportement individuel. Le programme prioritaire 3 (Adolescents et jeunes adultes) traite de quelques aspects de la santé psychique. Pour l'année 2001 à 2005, l'enveloppe budgétaire de ce programme atteint à peu près 1.8 millions de francs.

### **4.3.2 Coûts des structures de prise en charge psychiatrique ambulatoires et hospitalières**

Le tableau 7 donne un aperçu des données disponibles concernant les coûts des structures de prise en charge psychiatrique ambulatoire et hospitalière. En l'an 2000, les cliniques psychiatriques ont occasionné des coûts à hauteur de 1'470 millions de francs, ce qui correspond à 3.4 % des dépenses totales de santé (OFS, 2002). Beeler et al. chiffrent l'ensemble des coûts de la psychothérapie ambulatoire en Suisse à 579 millions de francs au total pour l'année 2000 (Beeler, Lorenz, Szucs, 2003).

**Tableau 7: Aperçu des coûts des structures de prise en charge psychiatrique, 2000**

	<b>Coûts en millions CHF</b>	<b>Pourcentage par rapport au total des coûts de la santé</b>
Structures de prise en charge psychiatrique hospitalière	1'470	3.39%
Structures de prise en charge psychiatrique ambulatoire*		
• Psychothérapie	579	1.34%
• Soins infirmiers psychiatriques et gérontopsychiatriques	66	0.15%
<b>TOTAL</b>	<b>2'115</b>	<b>4.88%</b>

Source: Beeler, Lorenz, Szucs, 2003

\* sans la réadaptation et la réintégration psychiatriques

Nous ne disposons que de très peu de données concernant les coûts occasionnés par les soins psychiatriques et psychogériatriques ambulatoires. Selon la statistique de l'assurance maladie, les prestations d'aide et de soins infirmiers à domicile à charge de l'assurance de base, conformément à l'ordonnance sur les prestations (OPAS), ont occasionné en 2001 des coûts à hauteur de 264 millions de francs (OFAS, 2003b). En estimant le pourcentage des soins de base psychiatriques et psychogériatriques à environ un quart des prestations totales des soins à domicile que les assureurs maladie sont tenus de rembourser en vertu de l'OPAS, on obtient un montant de 66 millions de francs. Nous ne disposons d'aucune donnée concernant les coûts relatifs aux

domaines de la réadaptation professionnelle et sociale et de la réintégration/réinsertion des malades psychiques en Suisse.

Pour les soins psychiatriques hospitaliers, **l'évolution des coûts** durant ces dernières années est en régression, aussi bien en chiffres absolus qu'en pourcentages par rapport aux coûts totaux de la santé (OFS, Coûts du système de santé, 2002). En revanche, on enregistre pour les psychothérapeutes une augmentation de 25 % des coûts, de 119.5 à 149.4 millions de francs entre 1995 et 2000 (OFS, Coûts du système de santé, 2003), et de 20 % chez les psychiatres entre 1997 et 2002 (pool de données de santé suisse /analyse Obsan). Cette augmentation est en majeure partie imputable à l'augmentation du nombre des prestataires de soins actifs dans le domaine ambulatoire. Le total des dépenses relatives aux prestations de soins à domicile ambulatoires à charge des assureurs-maladie a progressé d'un bon 26 % (de 209 à 264 millions) entre 1998 et 2001 (OFAS, 2003b).

Il est difficile de faire des prévisions quant à **l'évolution future** des coûts occasionnés par les structures de prise en charge psychiatrique. D'une manière générale, on peut présumer que l'augmentation observée ces dernières années pour les maladies psychiques diagnostiquées et traitées (Meyer, Hell, à paraître) se maintiendra également durant ces prochaines années. En se basant sur l'évolution observée depuis l'introduction de la LAMal et en partant de l'idée que le transfert du domaine hospitalier vers l'ambulatoire se poursuivra, il est probable que l'on assistera à une réduction des coûts imputables aux structures hospitalières de prise en charge psychiatrique. En revanche, il faut s'attendre ces prochaines années à une hausse des coûts dans le domaine des traitements psychiatriques ambulatoires (psychothérapie médicale et déléguée à des psychologues), notamment en raison d'une amélioration tarifaire de ces prestations due à l'introduction du TARMED.

### **4.3.3 Financement des structures de prise en charge psychiatrique hospitalières et ambulatoires**

Le tableau suivant donne des informations sur quelques aspects du financement des structures de prise en charge psychiatrique hospitalière, sur la psychothérapie et les prestations de soins à domicile :

**Tableau 8: Financement de certains traitements psychiatriques, 2000, en millions de francs**

Prestataires de soins	Payeur direct										TOTAL	
	Etat			Assurances sociales					Assurances privées	Ménages privés		Autre financement privé
	Cantons	Communes -	Total	LAMal	LAA	AI-AVS	Assurance militaire	Total				
Psychothérapie ambulatoire				396		11.8	0.1	<b>407.9</b>		137.5		<b>545.4<sup>4</sup></b>
Hôpitaux et cliniques psychiatriques	526.1	27.4	<b>553.5</b>	593.2			2.4	<b>595.6</b>	218.9	101.9		<b>1'469.9</b>
<b>TOTAL</b>	526.1	27.4	<b>553.5</b>	989.2	0	11.8	2.5	<b>1'003.5</b>	218.9	239.4	0	<b>2'015.3</b>

Source : OFS, 2002, complétée par les chiffres de Beeler, Lorenz, Szucs, 2003, et Meyer, Hell, en impression

Il ressort du tableau que les cantons participent en Suisse au financement des structures de prise en charge psychiatrique pour près de 550 millions de francs, essentiellement dans le domaine hospitalier. Il n'est à nouveau pas possible de présenter des chiffres concernant le financement de la réadaptation psychiatrique et de la réintégration ni pour les services ambulatoires et à domicile.

#### 4.3.4 Coûts économiques des troubles psychiques

Il est assez difficile de fournir des données tant soit peu fiables sur les coûts économiques engendrés par les troubles psychiques. Il existe à ce sujet quelques rares études internationales. Une étude canadienne évalue que les souffrances psychiques ont coûté en 1998 14.4 milliards de francs aux citoyens de ce pays (Stephens, Joubert, 2001). Une autre étude allemande chiffre les coûts imputables annuellement aux jours de travail perdus par suite de maladies psychiatriques à un peu moins de 5 milliards de

---

<sup>4</sup> La différence entre le total des frais de psychothérapie ambulatoire dans le tableau 9 (545 mio) et les coûts y relatifs mentionnés au tableau 8 (579 mio) s'explique par le fait que les différentes statistiques poursuivent des objectifs différents. L'une évalue les coûts, l'autre les prix. Ceci ne change rien au fait que le montant consacré à des prestations de psychothérapie ambulatoire est de l'ordre du demi milliard de francs par année en Suisse.

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

DM (Kuhn, 2000). L'Organisation internationale du travail (OIT) a commandé une étude comparative entre différents pays et arrive à la conclusion que les coûts consécutifs à des maladies psychiques s'élèvent en moyenne pour la société entre trois à quatre % du PIB (Gabriel, Liintaimanen, 2000). Selon ces études, deux tiers des coûts sont imputables à des baisses de productivité. Un tiers des coûts résulte de longues absences au travail (Lachenmeier, 2002). Tous les pays affichent en commun une prise de conscience croissante du problème et des taux d'accroissement alarmants des personnes bénéficiant de prestations des assurances sociales de l'Etat en raison de troubles psychiques.

Pour se faire une idée de la situation en Suisse, il convient notamment de se référer aux chiffres de l'assurance-invalidité (AI) : en 2002, 80'000 personnes sur un total de 232'000 bénéficiaires de rentes AI (soit 34%) étaient concernées par des troubles psychiques (OFAS, 2003a) et touchaient des rentes à hauteur de 1.8 milliards de francs. A ce montant viennent s'ajouter les rentes d'invalidité versées par la prévoyance professionnelle (2<sup>ème</sup> pilier) ou par les assurances vie (3<sup>ème</sup> pilier) imputables à des troubles psychiques. En se basant sur l'étude du seco « Les coûts du stress en Suisse », une autre étude évalue les coûts des troubles psychiques qui ont été provoqués par le stress sur le lieu du travail à environ 310 millions de francs par an (Conne-Perreard et al., 2001). Enfin, si l'on applique en Suisse la règle des 4 % du PIB, les maladies psychiques auraient entraîné en 2001, pour un produit intérieur brut de 414.8 milliards de francs, des coûts économiques de plus de 16 milliards de francs (OFS, 2003).

## 5 Bilan, analyse de la nécessité d'agir et pistes de solutions

### 5.1 Résumé et bilan

La Confédération et les cantons ont pris acte en 2000 du fait que les problèmes liés à la santé psychique doivent être abordés de manière toujours plus sérieuse. Le Projet Politique nationale de la santé a en conséquence été chargé de préparer dans ce domaine des bases en vue d'une décision politique. Ci-après on résumera les problèmes analysés, définira là où il y a une nécessité d'agir et montrera les pistes de solutions.

#### ***Santé psychique et importance des troubles psychiques***

Les études épidémiologiques réalisées en Suisse et à l'étranger durant les années 70, 80 et 90 montrent que, au cours de la vie, presque une personne sur deux est touchée de manière aiguë ou durable par une maladie psychique. Les plus exposées sont les personnes confrontées à des phases de transition (entrée à l'école, puberté, entrée dans le monde du travail, fin de l'activité professionnelle, etc.) ou à des événements critiques de l'existence (séparation, échec professionnel, violence de toute forme, etc.). Le risque de perturbations graves s'accroît lorsque se cumulent plusieurs facteurs de risques.

Chaque année, environ 20 à 25% de toute la population, soit environ 1,5 million de personnes en Suisse, subissent une maladie psychique correspondant à l'un des diagnostics reconnus. Une grande partie de ces troubles sont pris en charge par la médecine générale, mais 5 à 10 % des personnes touchées devraient faire l'objet d'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. Environ 2 à 3 % des adultes souffrent d'une maladie psychique chronique grave.

La mortalité, à part celle provoquée par les suicides, est basse pour les troubles psychiques pris dans leur ensemble. Une situation de crise peut cependant conduire au suicide. En Suisse, chaque année, plus de 1300 personnes se suicident.

Le nombre des bénéficiaires de rentes d'invalidité en raison de troubles psychiques a crû continuellement depuis 1986, et de manière beaucoup plus accentuée qu'en raison de problèmes somatiques. Se la statistique 2002 de l'assurance invalidité, 80'000 hommes et femmes reçoivent une rente AI en raison de troubles psychiques, soit 34% des rentes. De plus en plus des jeunes adultes sont concernés par ce phénomène (OFAS, 2003).

Les résultats des enquêtes suisses concernant le bien-être psychique et les troubles liés à des maladie psychiques ne montrent pas de grandes différences d'avec les enquêtes similaires réalisées à l'étranger dans des pays comparables au nôtre. En revanche le taux de suicides est en comparaison avec l'étranger particulièrement élevé en Suisse.

### **Offre de soins et fréquence du recours à des traitements**

Les analyses sur l'offre de prise en soins et sur le recours aux traitements montrent que la Suisse dispose dans les secteurs de santé et d'action sociale d'une offre de prise en charge et de traitements qualitativement de haut niveau. La plus grande partie des personnes souffrant de troubles psychiques – en particulier celles qui sont concernées par des troubles précis, qui sont socialement bien intégrées et qui requièrent une intervention psychiatrique ou psychothérapeutique de courte durée – trouvent accès à des offres de soins en quantité suffisante, différenciées quant aux méthodes, et de bonne qualité.

Malgré cela, on constate des lacunes et des faiblesses qui concernent particulièrement certains groupes de population, qu'il s'agisse de l'offre de soins et traitements proprement dite, de l'organisation de cette offre, des mécanismes de financement, ou encore sur le plan de la législation.

- Des lacunes existent premièrement dans les moyens de détection et de traitement précoces ainsi que pour maintenir aux personnes concernées leur intégration professionnelle. Il manque également un programme national de prévention du suicide.
- Pour les patients frappés par des troubles psychiques sévères, avec des risques de dommages à soi ou à autrui et avec une forte désinsertion sociale, qui sont souvent traités de manière répétée dans les hôpitaux psychiatriques, il manque des services appropriés et en nombre suffisants qui offrent des traitements ambulatoires ou semi-hospitaliers et qui soient en liaison étroite avec les institutions hospitalières. En raison du manque de moyens de traitement coordonnés, un traitement approprié, efficace et économique ne peut souvent pas être fourni aux malades psychiques.
- Les moyens de pilotages du système de soins sont beaucoup plus orientés vers la gestion de chaque institution prestataire de soins plutôt que vers une offre intégrée de traitement et de mesures de réhabilitation (disease management). Il n'existe quasiment pas de concepts cantonaux ou supracantonaux de prise en charge.
- La séparation toujours plus prononcée, sur le plan juridique, institutionnel et des centres de décision, entre les institutions de soins et de réhabilitation psychiatrique vient en contradiction avec les nécessités d'une bonne prise en soins des malades psychiques. Malgré l'engagement d'importantes ressources dans ce domaine, la réhabilitation psychiatrique est caractérisée par l'inefficacité et la stagnation sur le plan des méthodes. Il manque un centre de compétences en matière de réhabilitation psychiatrique en Suisse.
- Enfin, les moyens destinés aux traitements du petit nombre de délinquants dangereux psychiquement atteints, et par là également à la protection de la sécurité de la population, doivent être améliorés dans chacune des régions linguistiques de la Suisse.

Les préjugés à l'encontre des malades psychiques restent toujours largement répandus dans la population et contribuent à ce que la peur de la stigmatisation soit souvent un



obstacle à une demande de soins psychiatriques appropriés en temps opportun. Souvent les malades psychiques souffrent beaucoup trop longtemps avant de rechercher et d'obtenir – s'ils l'obtiennent – une aide professionnelle adéquate. D'un autre côté, il reste toujours un grand nombre de personnes qui font l'objet de traitements psychiatriques contre leur volonté. Les témoignages de personnes ayant passé par la psychiatrie multiplient les récits d'atteintes à la personnalité et à la liberté personnelle.

### **Coûts**

Les données concernant les coûts liés aux maladies psychiques et leur financement sont particulièrement lacunaires. Dans l'ensemble, les coûts directs des traitements ambulatoires et hospitaliers constituent environ 5% (2,115 milliards) des 46 milliards de francs qui représentent l'ensemble des coûts de la santé et de la maladie en Suisse. En 2002, au surplus, des rentes d'invalidité AI ont été versées pour un montant d'environ 1,8 milliard de francs. Si l'on compare les coûts directs et indirects liés aux maladies psychiques en appliquant à la Suisse des modèles internationaux, on peut admettre que les troubles psychiques ont entraîné des coûts totaux de plus de 16 milliards de francs sur un produit intérieur brut de 415 milliards. Des mesures d'économie visant notamment les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers entraînent à court et moyen terme une augmentation générale des coûts et une dépréciation de la qualité de vie des personnes concernées.

## **5.2 Nécessité d'agir et pistes pour des solutions**

La solution des problèmes réside-t-elle dans un développement des moyens de traitement et de réhabilitation psychiatrique afin de réduire les souffrances individuelles ? La réponse est : pas seulement !

La protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique de la population en Suisse devrait être compris comme allant bien au-delà de la réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies psychiques, comme la dépression. L'incompréhension des liens qui existent entre la santé psychique, la qualité de vie et la productivité économique d'une société constitue l'une des raisons pour lesquelles on investit insuffisamment dans la santé psychique.

La santé psychique est le résultat d'interactions complexes entre des déterminants biologiques, psychologiques, socio-économiques, socioculturels et institutionnels de la santé. La santé psychique doit être comprise comme un processus qui s'étend tout au long de la vie. Chaque génération à chaque phase de la vie est confrontée à des difficultés psychiques différentes à surmonter. La dynamique d'évolution des maladies psychiques ne peut pas être comparée à celle des maladies somatiques. Les aspects relatifs à la survenance de la maladie, au maintien de l'autonomie de la personne et aux relations entre l'environnement social et la personne malade devraient être pris en compte par le cadre législatif et par les structures de prise en soins.

Les recommandations de l'Union Européenne en 2000 et de l'OMS exprimées par le Rapport sur la santé psychique de 2001, le Livre blanc des professeurs de psychiatrie (1999) et les résultats de l'analyse approfondie que nous avons menée en vue de développer cette stratégie militent en faveur d'une nouvelle orientation que la Suisse doit, elle aussi, définir.

Dans notre pays, il manque une approche de la protection, de la promotion, du maintien et du rétablissement de la santé psychique qui soit **orientée vers la population**. Celle-ci devrait recouvrir les aspects suivants :

Promotion de la santé: la Suisse dispose déjà de quelques éléments d'une approche visant la promotion de la santé psychique dans les écoles ou dans les entreprises (cf. chapitre 4.1.1 et annexes I et III). Ceux-ci ne sont pourtant quasiment pas connus et les synergies possibles ne sont pas exploitées. Une meilleure coordination et un meilleur transfert des connaissances pourraient être profitables pour la santé psychique de la population.

Détection et intervention précoces, prévention de l'invalidité: la détection précoce et des mesures ciblées visant à temps à maintenir l'intégration des personnes touchées par des troubles psychiques ne sont pas du tout suffisamment développés en Suisse.

Dans le processus d'évolution de la maladie psychique, un aspect décisif est le moment où ce trouble est reconnu comme tel. Un trouble psychique peut être identifié précocement par les relations horizontales (intrafamiliales, parent-enfant par ex.) ou verticales (enseignant, supérieur hiérarchique, par ex.) ou encore simplement par la propre observation de l'individu. La connaissance par la population des caractéristiques de la santé psychique et des troubles psychiques peut être un facteur décisif à cet égard, de même que la connaissance des possibilités en matière de traitements disponibles.

Dans les domaines suivants, relatifs à la détection précoce, il est déjà possible d'appliquer en Suisse une démarche de prévention fondée sur l'évidence :

- Les deux enquêtes sur la santé des écoliers (HBSC) et des adolescents (SMASH) recommandent d'améliorer la promotion de la santé dans le contexte de la famille et d'accroître les compétences des jeunes en matière de stratégies de gestion des difficultés. Par exemple, ils devraient apprendre à savoir utiliser des techniques de gestion du stress plutôt que de se tourner dans ce but vers l'usage de diverses drogues. Les pairs devraient pouvoir motiver leurs camarades à un comportement favorable à la santé. Les institutions scolaires devraient mieux valoriser les aspects de respect de soi et de solidarité. Enfin, les jeunes ont souvent besoin d'aide afin de savoir s'orienter.
- Malgré le fait qu'avec l'âge l'estimation subjective du bien être psychique va croissant, il est nécessaire de propager la promotion de la santé et la prévention destinée à la population vieillissante. Selon Höpflinger (2003), il est possible avec des moyens appropriés de retarder de deux années d'ici à l'an 2030 l'âge moyen d'apparition de la démence sénile. Ce seraient ainsi près de 20'000 personnes en moins qui nécessiteraient une prise en charge suivie. Une promotion de la santé et

une prévention qui débutent suffisamment tôt peuvent ainsi réduire sensiblement l'ampleur du besoin de soins.

- Quand bien même on ne sait finalement pas grand-chose des raisons et des facteurs qui mènent au suicide, il est possible de diminuer le taux élevé de suicides dans notre société. Une prévention du suicide efficace repose sur la combinaison de mesures visant à mieux savoir maîtriser les événements difficiles de la vie, une meilleure information générale et des mesures de traitements plus adéquates.

L'un des domaines où l'intervention doit absolument être améliorée en Suisse, c'est celui de la détection et l'intervention précoces dans le milieu du travail lié à des mesures visant à maintenir l'intégration et à prévenir l'invalidité. Un développement des mesures dans ce domaine peut être tout à fait profitable pour la santé psychique de la population au sens large.

Accès pour tous à une aide appropriée: Il est particulièrement difficile de délimiter la frontière entre l'aide professionnelle spécialisée et les autres formes d'aide visant à surmonter les troubles psychiques, d'autant plus que des facteurs socioculturels et socio-économiques influencent largement les comportements de demande d'aide dans ce domaine. Cet aspect rend la planification de la quantité d'offre de prise en soins plus difficile et agit également sur l'appréciation de l'importance de la morbidité dans la population (incidence et prévalence), sur les comportements de recours aux soins, sur l'allocation des ressources et sur les habitudes en matière de traitements. En tenant compte de ces différents aspects, il est malgré tout important d'assurer à toutes les personnes concernées un accès égal à des soins appropriés dans l'ensemble de la Suisse.

Une grande partie des malades psychiques n'accède pas directement à un traitement psychiatrique mais passe d'abord par les médecins généralistes et les hôpitaux généraux. Ces contacts avec des structures de prise en charge somatique représentent la plupart du temps pour les patients des moments sensibles et la chance de pouvoir bénéficier d'un examen et d'un traitement psychiatrique qualifiés. L'absence d'une présence psychiatrique aux endroits charnières dans les institutions sanitaires conduit forcément à l'inégalité des chances d'accès à un traitement pour les catégories de malades psychiques dont on ne peut attendre qu'ils soient spontanément motivés à se faire soigner en psychiatrie. C'est souvent le cas pour les personnes âgées, comme aussi pour les patients alcooliques ou pour la population migrante.

Aide à soi-même, entraide et participation des intéressés: Dans les questions complexes liées à la planification de l'offre de soins, on sous-estime actuellement beaucoup la contribution de l'aide à soi-même et de l'entraide. En particulier, une entraide organisée peut jouer un rôle particulièrement important pour l'amélioration de la qualité de la vie des personnes touchées par des troubles et pour leurs proches. Avec la fondation de la première organisation de patients en 1979, la Suisse a joué un rôle de pionnier. Pourtant, la mise sur pied de structures d'entraide, la participation et la défense des intérêts des patients restent encore actuellement très peu développées en Suisse en comparaison d'autres pays. Selon une enquête (Cathieni, Wang, Peer, et al.,

2003) auprès des citoyens/patients et acteurs du système suisse de santé, l'évolution future devrait conduire à meilleure prise de conscience de la santé par la population et à des droits mieux reconnus pour les patients. Il en résultera des missions nouvelles à remplir en matière de codécision et de participation.

Développements spécifiques dans le domaine de la psychiatrie: Le démantèlement de la prise en charge de type asilaire, la déshospitalisation des malades psychiques chroniques et des handicapés mentaux et la mise sur pied de soins décentralisés ont permis en Suisse de différencier les offres de prise en charge psychiatrique. Cela correspond à une évolution internationale allant vers des soins institutionnels différenciés en fonction des types de besoins. Ce développement spécifique a cependant eu lieu avant tout dans les centres psychiatriques universitaires. Outre la psychiatrie générale pour adultes et la psychiatrie pour enfants et adolescents, ces centres disposent aujourd'hui des moyens d'effectuer la psychiatrie de la dépendance, la gérontopsychiatrie et la psychiatrie légale et pénitentiaire. Dans la pratique clinique quotidienne, des procédures d'imagerie de diagnostic et des traitements médicamenteux différenciés ont gagné en importance. Dans le cadre universitaire, on a développé, sur la base de modèles cognitivo-comportementaux, des programmes de traitements spécifiques à certains troubles, comme par exemple les phénomènes d'anxiété et de compulsion, les dépressions ainsi que les dysfonctionnements schizophréniques.

Grâce à la psychiatrie sociale, la qualité des formes de traitement intégratives a pu être développée. Elles comprennent aussi le traitement clinique sans lits, le traitement aigu à domicile et les équipes mobiles multi-professionnelles de consultation psychiatrique sociale dans la communauté. Ces concepts, qui permettent de s'adapter avec souplesse à l'évolution des besoins du malade, montrent comment il est possible d'organiser des traitements centrés sur les patients tout en ménageant les ressources. Dans l'espace germanophone, ces concepts ont déjà été largement expérimentés. Il faut encourager l'introduction de tels concepts par des projets servant d'exemples, des tarifs modèles limités dans le temps et des évaluations scientifiques accompagnant ces projets.

Il y a un besoin d'agir urgent à la charnière entre le traitement et les mesures de réadaptation. Celles-ci sont peu orientées vers la promotion de la qualité de vie des malades psychiques (les personnes sont « placées » et « prises en charge »). Le traitement psychiatrique et les mesures de réinsertion scolaire et professionnelle ont lieu trop tard et ne sont que partiellement efficaces. Il manque aux soignants la perspective des capacités sociales, scolaires et professionnelles à recouvrer et aux socio-pédagogues la perspective de la maladie. Les concepts de réadaptation les plus récents intègrent un troisième partenaire, les employeurs. A l'étranger, différents programmes visant à maintenir l'activité professionnelle des malades psychiques ont fait leurs preuves qui pourraient être appliqués en Suisse sous réserve des adaptations nécessaires.

Lacunes dans le pilotage de l'ensemble: Une approche orientée selon les besoins de la population, visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique pose l'exigence de la coopération en réseau de nombreux acteurs. Cela présuppose des

processus de pilotage différents de ceux qui prédominent actuellement. Il importe de plus s'orienter sur les conditions à remplir pour atteindre le succès d'un objectif de traitement plutôt qu'aux conditions statiques définies par le contexte institutionnel des prestataires de soins. Les mécanismes de pilotage suivants sont particulièrement pertinents pour la stratégie de la santé psychique:

- Pour réaliser une planification de l'offre d'intervention basée sur la population selon une approche de santé publique, il est indispensable de disposer d'informations statistiques et démographiques générales (évolution de la population) et de données épidémiologiques. Des informations scientifiques précises sur les mesures prises dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention, de la promotion de l'aide à soi-même et de l'entraide sont au moins aussi pertinentes que les informations relatives à l'offre en matière curative. Ces informations ne peuvent provenir qu'en partie des systèmes d'informations statistiques disponibles en Suisse. Il importe aussi de recueillir de manière ciblée des informations qualitatives, par exemple auprès d'experts et de groupes focus ainsi que de prendre en compte la recherche internationale sur les services de santé. Les lacunes de l'information actuelle rendent une compréhension d'ensemble impossible et font obstacle au développement de modèles d'action innovateurs.
- Afin de limiter les effets des souffrances chroniques, les prestations des assurances maladie, chômage et invalidité – de compétence fédérale – montrent d'importantes lacunes de coordination. Il en va de même en ce qui concerne l'aide et l'action sociale, qui sont du ressort des cantons et des communes. Ces défauts se réfèrent d'une part au manque de coordination dans l'application, et d'autre part aux définitions et conditions légales, qui devraient être adaptées. Les délimitations strictes entre assurance-maladie et invalidité ainsi qu'entre les compétences des différents départements cantonaux ont favorisé, au niveau institutionnel, un cloisonnement des structures psychiatriques, psychothérapeutiques et réadaptatives. Il s'ensuit une discrimination due à la parcellisation des structures.
- Veiller à garantir une offre suffisante de moyens de prise en soins psychiatrique est de la responsabilité des cantons. Or, les concepts cantonaux de planification psychiatrique des cantons sont tous différents en ce qui concerne l'ampleur nécessaire de l'offre, la structure, les priorités actuelles, etc. Il n'existe ni une stratégie commune en matière de planification de l'offre ni de lignes directrices afin que les planifications en psychiatrie soient au moins comparables. Il existe malgré tout des principes et des standards en matière de qualité contraignants mis en place par certains hôpitaux et cliniques (Bruhin, 2002, Bruttin, 2003).

Finalement, il importe de se remémorer les déterminants de la santé psychique :

- Les compétences individuelles et sociales sont à renforcer chez toutes les générations et dans toutes les phases de la vie. De même, les conditions de vie pour les familles, dans les écoles et dans les entreprises peuvent être plus satisfaisantes, améliorant ainsi les déterminants **psychosociaux**. L'ensemble de la

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

population peut mieux maîtriser les contraintes psychosociales. Nous n'abordons pas ici les facteurs biologiques car ils ne peuvent guère être influencés par une stratégie de politique de la santé.

- L'intégration familiale, sociale et professionnelle sont encouragées afin d'améliorer les déterminants **socio-économiques**. En conséquence, moins d'individus subiraient en Suisse des préjudices par suite de désinsertion.
- Les connaissances et l'attitude du monde politique et de la population face à la santé et à la maladie psychique sont à renforcer dans le but d'améliorer les déterminants **socioculturels**. Les bénéfices d'une société socialement constructive et économiquement productive doivent être reconnus. La population saisirait ainsi mieux quand et de quelle aide elle a besoin.
- Les offres et la législation sont à développer dans le but d'améliorer les déterminants **institutionnels**. Les conditions de vie peuvent être améliorées, les offres être plus transparentes, qualitativement meilleures et le recours approprié à l'aide professionnelle augmenter.



**Partie B:  
Plan d'action**





## 6 Recommandations

Les recommandations s'inscrivent dans une démarche de santé publique. Elles sont orientées vers les besoins de la population dans son ensemble et couvrent l'ensemble des domaines d'intervention concernés par la santé et la maladie psychique (cf. tendances internationales). Pour permettre d'améliorer l'état de santé psychique de la population et promouvoir sa qualité de vie, il est en outre indispensable que le secteur de la santé psychique soit bien intégré dans la santé publique en Suisse. Les recommandations qui suivent ont pour objectif de contribuer dans leur ensemble, directement ou indirectement, au bien-être de la population de la Suisse. C'est pourquoi elles s'adressent aux décideurs à divers échelons et contribuent ainsi à promouvoir une société socialement constructive et économiquement productive.

Le plan d'action qui suit et les recommandations qu'il contient s'appuie également sur les principes ancrés dans la Constitution fédérale, notamment l'égalité en droit, le respect et la protection de la dignité humaine et de la sphère privée. Ces principes sont également affirmés par la Convention européenne des droits de l'homme et par les chartes des Nations Unies relatives aux droits de l'homme.

Chaque recommandation s'articule en fonction des points suivants: situation de départ, objectifs, actions, priorités/étapes, compétences/responsabilités et indicateurs de l'atteinte des buts.

Les **objectifs stratégiques généraux** suivants sont visés par l'ensemble des recommandations ; ils seront précisés et différenciés par les diverses recommandations et se réfèrent aux déterminants de la santé psychique (cf 2. 5 Déterminants).

- Améliorer la bonne santé psychique de la population en Suisse
- Faciliter l'accès à des traitements adéquats
- Améliorer la participation des personnes concernées et de leurs proches
- Réduire la chronicité des troubles psychiques et diminuer le nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI
- Diminuer le nombre de suicides
- Accroître la satisfaction des patients et réduire la fréquence du burnout (épuisement) chez les professionnels
- Accroître l'attractivité du travail avec les personnes malades psychiques.

Dans la formulation des recommandations, les contenus spécifiques aux groupes d'âge respectent la suite chronologique des différentes phases de la vie, raison pour laquelle les enfants et les adolescents sont les premiers nommés. Les aspects relatifs à la provenance des personnes sont mentionnés ensuite.

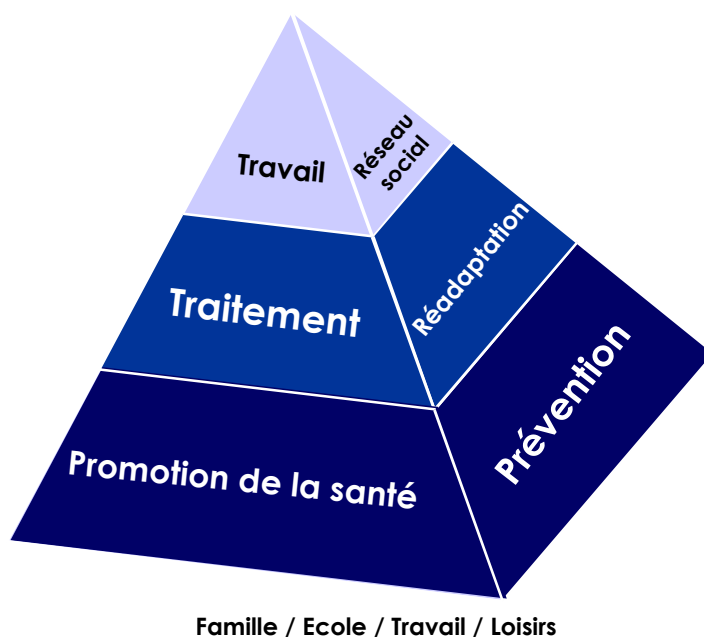
Les priorités et les étapes ont été fixées d'après les critères suivants:

- Urgence du besoin d'agir en fonction des lacunes
- Disponibilité des ressources matérielles et en personnel
- Bénéfice maximal escompté

Pour la mise en oeuvre et l'évaluation de la stratégie, il faut prévoir une période de dix ans (cf. 7 Propositions pour la mise en oeuvre). Les délais proposés dans le cadre des priorités et étapes sont des valeurs indicatives pour la planification.

S'agissant de l'état de santé psychique de la population, le bénéfice maximal escompté résulte de l'harmonisation des actions et de la coordination entre les trois niveaux d'intervention, tels qu'ils sont présentés dans la pyramide.

**Figure 5: approche de santé publique**



Il faut pouvoir évaluer les actions sur la base d'une série d'indicateurs. Les principales mesures de l'atteinte des buts de l'ensemble de la stratégie sont :

- La bonne santé psychique s'accroît.
- La coopération des personnes concernées et de leurs proches s'améliore.
- La satisfaction des patients augmente et les professionnels souffrent moins de burnout (épuisement).
- La chronicité des troubles psychiques diminue.
- Le nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI diminue.
- Le nombre de suicides régresse.
- Le travail avec les personnes psychiquement malades devient attractif.

Les exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts mentionnés en fin de chaque recommandation peuvent encore être complétés et précisés. Ils illustrent des valeurs de mesure qualitatives et quantitatives. On peut juger de l'atteinte des buts lorsqu'il y a un changement significatif (à la hausse ou à la baisse) de facteurs ou de situations que l'on cherche à modifier.

## **6.1 Coordination et coopération nationales et internationales**

### **6.1.1 Coordination et coopération régionales, supra-régionales et nationales**

#### ***Situation de départ***

Etant donné l'augmentation des coûts de la santé, le nombre croissant de personnes mises au bénéfice d'une rente AI en raison d'une maladie psychique et la tendance à introduire plus de concurrence dans le secteur de la santé, il y a un danger grandissant que la qualité et les offres innovantes se développent de manière arbitraire et ne profitent qu'à des petits groupes de personnes. C'est pourquoi il importe que les autorités suisses ne se focalisent pas uniquement sur l'organisation des différents services psychiatriques mais considèrent la nécessité d'une large palette d'interventions pour protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population et adaptent leurs planifications en conséquence. Un accès équitable à des mesures appropriées pour tous, de qualité comparable, requiert des activités régionales, supra-régionales et nationales, une coordination et une coopération accrues inscrites dans le cadre d'une stratégie globale pour la santé psychique.

#### ***Objectif***

La Confédération et les cantons s'accordent entre eux et poursuivent durant les dix prochaines années une stratégie commune visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population résidant en Suisse. Cet agenda politique inclut les éléments suivants :

- des objectifs communs et des orientations stratégiques communes
- une mise en œuvre réalisée à partir des compétences exercées de manière parallèle et/ou par la coordination d'actions complémentaires
- la promotion de la coopération lors de la mise en œuvre
- la participation à un système de 'reporting' et à une évaluation effectués en commun.

#### ***Actions***

- Les décideurs politiques au niveau de la Confédération et des cantons favorisent une approche de santé publique en matière de santé psychique et fixent des priorités.
- La Confédération et les cantons se mettent d'accord sur un plan d'action, initient un processus de mise en œuvre et évaluent le processus et les résultats. L'établissement de rapports réguliers, comme c'est d'usage à l'OMS par exemple, documente les activités.

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

- La coordination, la coopération entre les milieux de l'administration, de la science et de la pratique sont encouragées par des conférences régionales ou nationales.

### **Priorités / Etapes**

- **2004:** la Confédération et les cantons se mettent d'accord sur les priorités et sur une procédure de mise en œuvre d'une stratégie qui s'étend jusqu'en 2014.
- **2005:** démarrage de la mise en œuvre de projets (supra)régionaux et garantie du financement.
- **2005:** un système de reporting applicable aux cantons, à certains offices fédéraux ainsi qu'aux organisations publiques et privées est développé, expérimenté et adapté.
- **2007:** des rapports réguliers (chaque 2-3 ans) rendent compte de l'avancement de la mise en œuvre.

### **Compétences / Responsabilités**

- DFI
- OFSP
- OFAS
- OFS / Obsan
- CDS
- CDAS
- 26 cantons

### **Exemples d'indicateurs d'atteinte des buts**

- Pendant dix ans, le développement de la santé psychique figure au moins une fois par an à l'agenda politique. Grâce au reporting, l'état du développement est constamment actualisé.
- Dans le cadre de chaque domaine faisant l'objet des recommandations, la Confédération et/ou les cantons soutiennent au moins un projet de mise en œuvre dans toutes les régions de Suisse.

## **6.1.2 Coordination internationale**

### **Situation de départ**

Les pays qui ont révisé récemment leurs stratégies, leurs conditions-cadres et leurs lois ont progressé dans la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique. Dans ces pays, la santé psychique a été sortie de son isolement institutionnel et politique pour être intégrée dans le contexte plus large de la santé publique.

### **Objectif**

La Confédération, les cantons et les organisations non gouvernementales tiennent compte des développements internationaux, intègrent des propositions de solution prometteuses dans leur propre stratégie et apportent leurs expériences sur la scène internationale.

### **Actions**

- Les autorités fédérales et cantonales se tiennent constamment au courant des développements internationaux, prennent régulièrement position et participent aux manifestations importantes.
- La Suisse coopère activement au réseau OMS-Europe en matière de santé psychique et à la prévention et aux recherches sur le suicide au sein de la région européenne.

### **Priorités / Etapes**

- **01/2005:** une délégation suisse prend part à la conférence ministérielle d'Helsinki organisée par l'OMS-Europe sur la santé psychique intitulée « *Accepter les défis et chercher des solutions* ».
- **12/2005:** les données suisses sont intégrées dans l'étude multicentrique de l'OMS-Europe sur le suicide et les tentatives de suicide.

### **Compétences / Responsabilités**

- OFSP
- OFAS
- OFS /Obsan
- CDS
- CDAS
- cantons

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- Les stratégies régionales, supra-régionales et nationales appliquées en Suisse sont soumises tous les cinq ans à une comparaison avec des stratégies analogues d'autres pays d'Europe.
- La Suisse participe à des projets internationaux visant la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique.

## 6.2 Coordination et coopération multisectorielles

### *Situation de départ*

Les stratégies de santé psychique doivent avoir pour objectif de contribuer à améliorer les déterminants socio-économiques de la santé. La plupart des décideurs politiques ont jusqu'ici trop peu pris conscience des liens entre santé psychique et conditions de vie. La mutation rapide de la société et les événements critiques de l'existence qui jalonnent le cours d'une vie mettent en danger la santé psychique, toutes générations confondues. Mais tous les individus n'ont pas les mêmes chances de se prémunir contre les troubles psychiques, de recevoir au bon moment une thérapie appropriée et, en cas de handicap lié à des problèmes psychiques, de retrouver la meilleure qualité de vie possible. Les constats suivants posent problème :

- Manque de structures complémentaires à la famille. Les régions rurales sont par exemple moins bien dotées d'offres de prise en charge institutionnelle que les régions urbaines (Wicki, 1997).
- Manque de programmes intensifs d'intégration de la population migrante et d'enfants et d'adolescents en âge de scolarité présentant un comportement singulier.
- Absence de la volonté de continuer à employer des personnes qui sont moins efficaces.

Afin d'obtenir une intégration familiale, sociale et professionnelle aussi bonne que possible, il est important de favoriser la coordination et la coopération avec les politiques touchant aux domaines de la famille, de la formation, de la sécurité sociale, de la justice et de l'économie.

### *Objectifs*

- La protection, la promotion et le maintien de la santé psychique sont perçus comme une tâche commune par les autorités et les organisations des domaines de la formation, de la sécurité sociale, de la justice et de l'économie, aussi bien au niveau fédéral qu'au niveau cantonal.
- Les décisions politiques tiennent compte de l'état actuel des connaissances en matière de santé et de maladie psychiques.

### *Actions*

- Les ressources psychosociales et socio-économiques sont renforcées par des mesures intersectorielles et les contraintes pesant sur la santé psychique sont allégées, dans la famille, à l'école et au travail.

- Grâce à des programmes coordonnés, les stratégies englobant la famille, la formation, l'économie, la sécurité sociale et l'environnement contribuent à la santé psychique.

### **Compétences / Responsabilités**

Décideurs politiques dans les domaines suivants

- Politiques de la famille, de la jeunesse, des personnes âgées, des migrations, de la santé, de la formation, de l'économie, de la sécurité sociale, de la justice, etc.

Administrations

- Offices fédéraux, cantons, communes

Organismes spécialisés

- Organismes publics et privés qui s'occupent de santé et maladie psychiques

### **Priorités / Etapes**

- **2004:** La santé psychique est prise en compte dans le « Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik » de l'OFSP (concept pour une politique de santé multisectorielle) et dans la mise en œuvre de ce concept (jusqu'au 12/05).
- **12/2005:** La mise en œuvre du thème « Santé psychique » fait partie intégrante de la stratégie du développement durable préconisée par le Conseil fédéral.

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but**

- L'intégration familiale, sociale et professionnelle est encouragée dans les secteurs de la famille, de la formation, de la sécurité sociale, de la justice et de l'économie.

## **6.3 Identification du problème, monitoring continu et synthèse des données disponibles**

### **Situation de départ**

Les sources de données statistiques disponibles en Suisse, aussi bien en ce qui concerne des informations générales destinées à un large public de politiciens, professionnels et personnes concernées que des études épidémiologiques spécifiques présentent des lacunes qualitatives. Cette situation entraîne une méconnaissance de la portée des données effectivement disponibles. Elle ne permet pas d'avoir conscience que les troubles psychiques peuvent être évités par la prévention, que les malades peuvent être guéris et réintégrés socialement, ainsi que des résultats d'analyses coûts-utilité dans ce domaine. Enfin, ces lacunes empêchent de procéder à des comparaisons nationales et internationales.

### **Objectifs**

La Suisse améliore la qualité des systèmes d'information généraux et spécifiques permettant de collecter des données sur la santé psychique et les maladies



psychiques. Ces systèmes se fondent sur des données valables, fiables, d'ordre général et spécifique et sur des analyses. Ils garantissent la continuité, permettent d'identifier à temps des évolutions liées à la santé psychique et constituent le fondement d'une prise en charge orientée vers les besoins.

### **Actions**

- Les sources d'information existantes, qu'elles soient fournies ou financées par l'Etat, représentatives pour la Suisse ou exhaustives, doivent être fiables et il faut continuer à les financer en les dotant au moins des mêmes ressources que jusqu'ici. Cela concerne en particulier l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, le Panel suisse de ménages, les statistiques des établissements hospitaliers de l'OFS. En font également partie l'Enquête suisse sur la population active (ESPA) et l'enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 16 ans en Suisse.
- L'accès aux statistiques privées concernant le système de santé doit être garanti pour les institutions étatiques ; autrement dit, l'Observatoire suisse de santé (Obsan) doit pouvoir accéder à ces banques de données et effectuer des analyses pour la Confédération et les cantons. Cet accès existe déjà partiellement (pool des données de santé suisse) mais il peut aussi être lié à d'énormes coûts (par ex. banque de données de IHA-IMS Health), ou alors il faut préparer à temps la saisie des données (par ex. relevés effectués par les centres fiduciaires des données du TARMED gérés par les sociétés médicales).
- L'Obsan reçoit mandat de la Confédération et des cantons d'effectuer régulièrement des analyses sur la santé psychique et les maladies psychiques de la population en Suisse et d'améliorer ce monitoring en l'adaptant aux besoins.
- Au cours de la prochaine Enquête suisse sur la santé et de celle sur les comportements de santé des élèves en Suisse, des instruments de mesure sûrs, fiables et internationalement reconnus seront utilisés pour le relevé des troubles psychiques.
- Les besoins non encore couverts d'information et d'analyse concernant la santé psychique, les troubles psychiques et le suicide sont abordés dans le cadre d'un programme national de recherche piloté par le Fonds national suisse pour la recherche scientifique.

### **Priorités / Etapes**

- **2005:** la recherche visant à améliorer les instruments de mesure de la santé psychique et de la maladie psychique est soutenue en priorité (cf. 6.10.2 Recherche et développement).
- **2008 / 2013:** l'Observatoire suisse de la santé publie tous les cinq ans une analyse sur la santé et sur la maladie psychiques.

### **Compétences / Responsabilités**

- OFS, Obsan
- OFES / GSR
- Fonds national suisse de la recherche scientifique
- OFSP
- cantons
- institutions psychiatriques

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but**

- Le monitoring continu comprend les éléments suivants :
  - a) Données sur les déterminants de la santé psychique
  - b) Epidémiologie des maladies psychiques et du suicide
  - c) Recours aux différentes prestations du système des soins
  - d) Conséquences socio-économiques des maladies psychiques fréquentes et graves
- Les sources de données et les instruments de mesure sont fiables, valables et internationalement comparables.
- Les rapports sur la santé psychique faisant l'objet d'une publication sont connus dans les administrations, par les professionnels et par les organisations regroupant les personnes concernées.

## **6.4 Information et sensibilisation de la population**

### **Situation de départ**

Les milieux professionnels spécialisés admettent que la population est mieux disposée à soutenir des mesures de politique de santé en faveur de la santé psychique si l'importance de la santé psychique sur la santé en général et sur la qualité de vie de chacun peut être démontrée. Lauber, Nordt, Falcato, Rössler (2002) ont mené une enquête représentative auprès de la population en Suisse. Celle-ci confirme la persistance de préjugés injustifiés face aux malades psychiques. Des facteurs démographiques, psychologiques et sociologiques influencent l'attitude des personnes interrogées ainsi que leur engagement effectif pour les malades psychiques. Les résultats principaux de cette enquête montrent, d'une part, que :

- la tolérance face aux malades psychiques est encore très basse en cas de cohabitation quotidienne,
- les troubles psychiques peuvent toujours déclencher des peurs dans la population,
- la confiance envers les personnes souffrant de troubles psychiques est réduite: on ne leur reconnaît guère de responsabilité,
- une grande partie de la population approuve les mesures de contrainte s'il y a présomption de mise en danger.

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

Pourtant, les avis suivants prédominent chez les personnes interrogées:

- la santé psychique et la maladie ne sont pas perçues comme un signe inéluctable du destin,
- les facteurs d'influence psychosociaux doivent être pris en compte lors du traitement des dépressions et de la schizophrénie,
- une grande importance doit être attribuée aux efforts déployés par la personne concernée,
- les dépressions sont des crises qui font partie de la vie.

Dans l'ensemble, cette enquête et d'autres études montrent que la population doit être mieux informée sur les possibilités de thérapie et que la compréhension à l'égard des maladies psychiques doit être améliorée (cf. déterminants socioculturels).

### Objectifs

- La population est mieux informée quant à l'importance et aux aspects positifs (bien-être, intégration sociale, etc.) de la santé psychique.
- Les connaissances sur la fréquence et les conséquences des troubles psychiques ainsi que sur les droits et l'autonomie des malades psychiques augmentent dans la population.
- Les connaissances sur l'efficacité des mesures de prévention, de thérapie, de réadaptation et de soins et sur les différentes alternatives de traitement à choix sont largement répandues.
- La compréhension à l'égard des malades psychiques augmente grâce à des contacts de la vie quotidienne (cf. recommandation d'intervention précoce et entraide, travail bénévole).

### Actions

- Des campagnes d'information et de sensibilisation quant à l'importance de la santé psychique et aux offres d'aide et de thérapie, leurs possibilités et leurs limites, sont conçues, planifiées et réalisées à différents niveaux et pour différents groupes de population.
- Les médias informent de manière ciblée sur les problèmes de stigmatisation et les dangers de discrimination des malades psychiques, ils sont activement impliqués et encouragés à avoir des contacts directs avec des institutions et des malades psychiques.

### Priorités / Etapes

- **2005:** l'efficacité, la faisabilité et le financement d'une information et sensibilisation de la population par rapport à la santé/maladie psychique et aux offres d'aide et de thérapie sont étudiés.
- **2007:** les professionnels des médias informent de manière appropriée sur la santé psychique et la maladie psychique.

**Compétences / responsabilités possibles** (les responsabilités seront clarifiées à l'aide de la procédure de consultation)

- OFSP
- CDS
- Cantons
- organisations spécialisées en santé publique et du domaine social
- institutions psychiatriques
- organisations représentant les intérêts des personnes concernées et de leurs proches
- œuvres d'entraide
- professionnels des médias

**Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- La population a des connaissances plus étendues et différenciées en matière de santé psychique.
- La population sait où elle peut s'informer sur les maladies psychiques et quelle aide elle peut solliciter.
- La majeure partie des médias ne diffuse pas d'informations discriminatoires à l'égard des malades psychiques.
- La population, les responsables de la planification des soins, les politiciens, les médias et les professionnels réagissent en tenant compte du niveau le plus actuel des connaissances.
- Grâce à des mesures ciblées, les contacts de la population avec les malades psychiques s'intensifient.
- Le besoin d'aide est reconnu à temps et celles et ceux qui en ont besoin n'hésitent pas à recourir à une aide appropriée.

## **6.5 Promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail**

**Situation de départ**

En Suisse, la pensée qui sous-tend la promotion de la santé, comme par exemple le renforcement des capacités de résistance et la mise à profit des ressources personnelles et sociales, reste encore et toujours insuffisamment exploitée. Les concepts de promotion de la santé – qui se concentrent aussi bien sur les comportements individuels et sur les conditions, les cadres de vie – ne se concrétisent souvent qu'au terme de gros efforts pour vaincre les résistances et avec beaucoup de retards et pertes de temps.

La promotion de la santé s'avère la plus efficace lorsqu'elle est mise en oeuvre tout au long des étapes de la vie (enfance, adolescence, âge adulte, troisième et quatrième

âge), qu'elle est intégrée dans les différents cadres de vie (setting) : à l'école, au travail, dans les soins primaires, etc., et qu'elle est planifiée à divers échelons (local, régional et national, etc.).

Dans les familles et dans le monde du travail, il faut mettre fin à cette absence de prise en considération des conditions qui favorisent la santé, et la santé psychique en particulier. Dans nombre d'écoles (écoles primaires et professionnelles), l'importance de la santé psychique sur la formation est méconnue. Les groupes de chercheurs auteurs des enquêtes sur les écoliers (HBSC) et les adolescents (SMASH) proposent d'améliorer la promotion de la santé qui peut intervenir dans le contexte familial et de fournir par ailleurs aux jeunes des meilleures stratégies pour faire face aux problèmes de la vie. Il faut également leur faire découvrir des alternatives pour à la réduction du stress plus adéquates que l'e recours aux diverses drogues. Les pairs devraient contribuer à motiver à adopter un style de vie sain. Les écoles devraient transmettre le sens de la valeur de soi et de la solidarité. Enfin, il faut reconnaître que les jeunes ont besoin d'aides afin de s'orienter face aux changements de la société.

Il importe aussi d'atteindre les personnes du troisième et du quatrième âge, même si cela est particulièrement difficile.

Certaines catégories professionnelles de la santé publique et du domaine social prennent déjà en charge les tâches de promotion de la santé ; toutefois, la santé psychique reste encore trop souvent le parent pauvre.

### **Objectifs**

En ce qui concerne la santé psychique, le plus grand nombre d'individus possible doit pouvoir jouir de conditions favorables. Il faut veiller particulièrement à ce que cela soit le cas pour les groupes de population qui vivent des phases de transition ou qui doivent faire face à des contraintes supplémentaires. Cela concerne en particulier :

- Les familles avec enfants en âge préscolaire
- Les enfants et adolescents
- Les jeunes qui entrent dans la vie professionnelle
- Les mères et pères de famille
- Les pères et mères qui élèvent seul(e)s leurs enfants
- Les personnes actives à partir de 55 ans
- Les personnes qui ont vécu des expériences de migration et/ou de violence
- Les personnes dans le troisième et le quatrième âge.

### **Actions**

- En Suisse, le développement de concepts de promotion de la santé psychique tout au long des différentes étapes de la vie est poursuivi en fonction d'une approche par les milieux de vie :
  - a) Les institutions de formation favorisent un apprentissage global (transmission du savoir, compétences émotionnelles et sociales)

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

- b) Les programmes de promotion de la santé dans les entreprises encouragent en particulier les compétences sociales, l'autonomie des personnes actives ainsi que l'équilibre entre travail, obligations sociales et temps de régénération
- c) Programmes destinés aux personnes dans la cinquantaine et la soixantaine, en particulier liés au passage à la retraite.
- Il convient de promouvoir le transfert des connaissances, les bonnes pratiques en matière de développement de la personnalité et de renforcement des compétences sociales ainsi que la création de systèmes de soutien sociaux correspondant à toutes les étapes de la vie.
- Des programmes pour les groupes de population difficilement atteignables (par ex. familles, personnes dans le troisième ou le quatrième âge) sont développés.
- L'effet des mesures de promotion de la santé sur la santé psychique est scientifiquement vérifié.

### **Priorités / Etapes**

- **2004:** le centre de compétence de santé psychique est mis sur pied au sein du réseau « formation + santé » OFSP/CDIP.
- **2004:** la santé psychique fait partie intégrante de toutes les activités de promotion de la santé dans les entreprises.
- **2008:** des programmes spécifiques de promotion de la santé psychique atteignent les familles ainsi que les personnes appartenant au troisième et au quatrième âge.

### **Compétences / Responsabilités**

- OFSP/CDIP, « Réseau formation + santé »
- Seco « Forum suisse de promotion de la santé dans l'entreprise »
- SUVA, département promotion de la santé
- Services cantonaux de promotion de la santé
- Directions cantonales de l'instruction publique
- Bureaux cantonaux de l'égalité hommes / femmes
- Inspectorats cantonaux du travail
- Organisations d'employeurs et de travailleurs
- Organisations non gouvernementales de promotion de la santé
- Oeuvres d'entraide

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- Les déterminants psychosociaux de la santé psychique (cf. Enquête suisse sur la santé) s'améliorent, en particulier dans la classe d'âge des jeunes.
- Le recours à la violence est en régression, dans la famille et à l'école.
- L'intégration sociale des personnes appartenant au troisième et au quatrième âge est réalisée et elles ont accès au soutien leur permettant de gérer leur vie quotidienne.

## **6.6 Détection précoce des maladies psychiques et interventions visant à maintenir l'intégration sociale, scolaire et professionnelle et prévenir l'invalidité**

### **Situation de départ**

En principe, des offres spécifiques de détection des maladies psychiques et d'intervention précoce visant à l'intégration scolaire sont disponibles auprès des services psychologiques scolaires et récemment aussi par l'introduction du travail social à l'école. Avec la campagne «Bündnis gegen Depression» (Alliance contre la dépression), la détection précoce de dépressions et une réponse appropriée peut aussi être aux adultes et aux personnes appartenant au troisième et au quatrième âge. Il faudrait continuer à développer de telles offres et les introduire dans d'autres régions. En revanche, des services spécialisés d'intégration / insertion sociale, scolaire et professionnelle des personnes souffrant de problèmes psychiques (prévention de l'invalidité) ne sont pas suffisamment développés ou n'existent simplement pas. Il faut reconnaître les lacunes existantes suivantes pour venir en aide aux personnes qui vivent dans des situations à risques multiples (vulnérabilité élevée):

- Le dépistage des troubles de développement psycho-sociaux durant la petite enfance en cas de situations vulnérables, de la première année de vie jusqu'à l'entrée à l'école, n'est pas garanti.
- Les autorités n'ont pas mis en place des programmes alternatifs structurés pour les enfants et les adolescents qui sont exclus de l'école obligatoire durant plusieurs semaines\*.
- Les problèmes psychiques sur le lieu de travail sont très répandus. Des instructions pour y remédier font défaut, qu'il s'agisse des employeurs, travailleurs, médecins et assureurs\*.
- En cas d'incapacité de travail due à une maladie psychique, il n'y a pas d'offres d'emploi ciblées et de soutien sur le lieu de travail en vue de prévenir l'invalidité\*.
- Rien n'est prévu pour les personnes qui vivent en marge de la société.
- La Suisse se caractérise par l'absence de programmes cohérents de prévention du suicide.

\*Plus longtemps une personne reste éloignée de l'école ou du travail, plus difficile sera le maintien de l'intégration (cf. 6.9 Adaptation de la législation).

Des problèmes encore non résolus en relation avec la détection précoce sont ceux du moment approprié pour intervenir dans le processus de développement d'une maladie et de la personne la plus adéquate pour intervenir. Un rôle important peut être joué par les médecins de famille, les enseignants, les supérieurs hiérarchiques au travail, etc. Donc des personnes qui ont une relation verticale, hiérarchique avec un grand nombre de personnes. Mais on néglige souvent le fait que la détection précoce est effectuée très souvent de manière non dite, et se fait dans le cadre de relations horizontales, par exemple intrafamiliales, ou encore par une prise de conscience personnelle des gens concernés.

### **Objectifs**

- La Confédération, les cantons et les organisations privées investissent dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes spécifiques de détection précoce des troubles psychiques, d'intervention précoce et de prévention de l'invalidité.

### **Actions**

- Des programmes efficaces de détection précoce des maladies psychiques (dépression, psychoses) sont encouragés en Suisse de manière ciblée.
- Des programmes d'intervention précoce visant à l'intégration scolaire et professionnelle sont développés et expérimentés.
- La réinsertion professionnelle et la prévention de l'invalidité sont mises en place dans toute la Suisse grâce à des offres de placement ciblées et à un accompagnement selon les principes du « supported employment » (soutien à l'emploi) sur le lieu de travail (cf. bonne pratique : intégration pour tous).

### **Priorités / Etapes**

- **2004:** Plusieurs régions intéressées participent à la mise en place en Suisse du projet élargi « Bündnis gegen Depression » (cf. Annexe I, Genèse de la stratégie)
- **2005:** La Confédération s'engage dans le développement et le financement de programmes de prévention, en particulier prévention du suicide et prévention de l'invalidité.

### **Compétences / Responsabilités**

- OFSP
- OFAS
- Seco
- CDS
- Cantons
- institutions publiques et privées de la santé publique et du domaine social (entre autres conseillers et conseillères des mères et des pères / médecins scolaires, entreprises).

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- Les personnes atteintes de troubles psychiques ont la possibilité d'exercer une profession appropriée par rapport à leurs troubles, elles ont une vie sociale.
- Des programmes du « supported employment » atteignent un nombre croissant de personnes psychologiquement malades.



## **6.7 Promotion de l'entraide, de l'aide bénévole, du soutien des proches et de la participation des personnes concernées à tous les niveaux du système de santé**

### ***Situation de départ***

Renforcement de l'entraide: en renforçant les offres d'entraide visant à surmonter la maladie au quotidien, les chances de guérison et la qualité de vie des personnes concernées et de leurs proches s'accroissent. L'entraide fournit donc sa propre contribution au système de santé (cf. 4.1.2). Les expériences de vie et de maladie d'(ex)patients et de proches ainsi que leur motivation à s'engager ne suffisent pas pour que leur action soit efficace. Encore faut-il une bonne organisation et/ou des organismes qui prennent en charge des fonctions de conduite de groupes d'entraide ainsi que la reconnaissance de l'importance d'une entraide durable et facilement accessible.

Promotion de l'aide bénévole: l'aide bénévole, qu'elle soit informelle ou organisée, fournit un grand potentiel de prise en charge des malades psychiques, en particulier en ce qui concerne les malades chroniques isolés. Outre l'allégement des services professionnels et l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires de l'aide, les effets positifs sur ceux qui fournissent l'aide ne doivent pas être sous-estimés. Grâce à leur contact direct avec un malade psychique, ils acquièrent une vision différenciée des maladies psychiques et ils contribuent à démanteler les préjugés qui prévalent au sein de la population.

Soutien des proches: afin que les proches puissent assumer des fonctions de soutien d'un membre de famille psychiquement malade, il est important qu'ils soient eux-mêmes en bonne santé, vivent dans la sécurité matérielle et sachent où ils peuvent trouver de l'aide. Une meilleure reconnaissance de cette aide informelle est bénéfique pour tous. En tant que proches immédiats appartenant à la classe d'âge la plus jeune, les enfants de parents psychiquement malades ne sont guère pris en compte. Comme ils grandissent dans des conditions psychosociales souvent difficiles, ils ont besoin d'un soutien particulier pour le maintien de leur santé et pour favoriser un développement le plus normal possible (cf. 4.1.2).

Participation: les assurés et patients se voient confier de nouveaux rôles en matière de responsabilité individuelle et de participation, que ce soit pour leur propre santé et maladie mais aussi en ce qui concerne les institutions et le système de santé (Flick, 2000). Cette implication accrue des personnes concernées au niveau de la relation thérapeutique, de l'organisation des institutions et de la planification est indispensable, s'agissant en particulier des malades chroniques psychiques et physiques. Afin que les (ex)patients puissent assumer ces nouveaux rôles, il faut que les assurés, les organisations de patients et les professionnels ainsi que les organes dirigeants des services de santé y soient préparés. Les administrations peuvent soutenir ce processus.

### **Objectifs**

- Les contributions propres des groupes d'entraide, de l'aide bénévole et des proches visant à gérer la maladie au quotidien sont reconnues et soutenues du point de vue professionnel et financier (cf. Adaptation des lois). Leur contribution active au processus de guérison et de rétablissement est intégrée judicieusement dans les concepts de traitement et de suivi.
- L'entraide, l'aide à soi-même et le travail bénévole sont reconnus et sont établis dans toutes les régions.
- Les patients ou leur représentant légal et leurs proches reçoivent des informations et conseils indépendants, professionnellement exacts. Ils sont impliqués dans le traitement et ont le choix entre plusieurs alternatives de thérapie.
- Afin d'optimiser les prestations de prise en charge, la collaboration entre les professionnels et les organisations d'entraide est encouragée.
- La recherche concernant la contribution propre de l'entraide, de l'aide bénévole et de celle des proches dans le système de santé est stimulée (cf. 6.10.2).

### **Actions**

- Le processus d'émancipation des organisations d'entraide continue à être soutenu par des instances indépendantes.
- Les membres d'organisations d'entraide et de travail bénévole ainsi que les proches qui prodiguent des soins et assument la co-responsabilité d'autres personnes peuvent, si besoin est, développer leurs compétences.
- Par les mandats de prestation qui leur sont donnés, la psychiatrie d'enfants et d'adultes sont obligées expressément à coopérer avec les patients et les proches et à développer des offres de soutien coordonnées pour les membres de la famille.

### **Priorités / Etapes**

- **2004:** les autorités et le personnel des structures de prise en charge professionnelle assument leurs fonctions-clés de soutien de l'entraide, du travail bénévole, du droit d'intervention des patients et de la délégation aux organisations de patients et de proches du droit de représenter leurs intérêts.

**Compétences / Responsabilités** (les responsabilités sont clarifiées au cours de la procédure de consultation)

- OFSP
- OFAS
- CDS
- cantons
- Organisations d'entraide, d'aide bénévole, de patients et de proches, organisations de consommateurs
- Services psychiatriques, psychiatres et psychothérapeutes praticiens
- Autres institutions de la santé et du social
- Assureurs

- Organisations spécialisées en santé publique et du domaine social

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- L'efficacité de la contribution propre de l'entraide (aide à soi-même), du travail bénévole et de celui des proches prodiguant des soins est scientifiquement prouvée.
- Les institutions psychiatriques intègrent judicieusement l'entraide et le travail bénévole.
- Les proches se sentent soutenus.
- Les patients rendent compte dans leur majorité d'expériences positives du droit de disposer d'eux-mêmes.
- Les patients ou leur représentant légal reçoivent des informations et des conseils de source indépendante. Les thérapies possibles sont présentées de manière transparente.
- Les professionnels font état d'une collaboration constructive avec les patients, les proches et leurs organisations.
- Les représentants délégués des organisations de patients et de proches peuvent apporter de manière compétente leurs expériences dans les développements actuels du système de santé.

## **6.8 Développement de la qualité des offres de soins en médecine générale, en psychiatrie et psychothérapie <sup>5</sup>**

### **6.8.1 Développement des offres de soins psychiatriques et psychothérapeutiques**

#### ***Situation de départ***

Les réformes psychiatriques entreprises durant ces dernières années ont conduit à des méthodes de traitement spécifiques et définies. La recherche empirique et des systèmes empiriques des preuves de l'efficacité ont été renforcés. Les exigences croissantes en matière de qualité contribuent au fait que la discipline de la psychiatrie continuera à se développer en direction de la spécialisation. Il faut toutefois noter que les progrès en psychiatrie ont eu lieu principalement dans les centres universitaires. A des degrés divers, ils ont également été réalisés dans un contexte non universitaire. Compte tenu de la situation actuelle dans ce domaine, nous identifions les problèmes et lacunes de prise en charge suivants pour la population atteinte de maladies psychiques:

---

<sup>5</sup> Pour de plus amples développements: Annexe II : Baer, Cahn, Brenner, Felder. Offres de prise en charge psychiatrique: problèmes et recommandations. 2003.

Enfants et adolescents: le nombre de places de traitement ambulatoire et en hôpital n'est toujours pas suffisant, bien qu'il ait augmenté dans plusieurs cantons ces dernières années, et surtout il est réparti régionalement de manière très inégale. Il manque partout des services de psychiatrie légale pour les jeunes ainsi que des services pour les enfants et adolescents toxico-dépendants psychiquement malades et/ou mentalement handicapés. Les patients de ces trois sous-groupes ne peuvent pas être pris en charge par des services généraux de psychiatrie d'enfants et d'adolescents. L'absence de telles places de traitement est encore aggravée à de nombreux endroits par le fait qu'une fois le traitement terminé, les enfants ne peuvent pas être renvoyés à la maison faute d'un suivi valable ou en raison du risque de mauvais traitements, et parce que les places pédagogiques nécessaires ailleurs ne sont pas disponibles, ce qui explique qu'en moyenne la durée de séjour dans les cliniques psychiatriques pour enfants est trop longue.

Adultes: les centres psychiatriques dotés d'équipes multiprofessionnelles sont non seulement en mesure de couvrir pratiquement tout l'éventail des prestations hospitalières mais peuvent assumer également des tâches spécifiques de réadaptation, procéder à des interventions d'urgence ainsi qu'à des traitements aigus relevant de la psychiatrie sociale et prodiguer de l'aide aux patients là où ils se trouvent. Avec une prise en charge semi hospitalière, moins coûteuse même si elle est dotée d'un effectif de personnel suffisant et qu'on peut la solliciter 24 heures sur 24, on sait d'expérience que 20% à 30% au moins des hospitalisations complètes pourraient être évitées. Dans leurs planifications des soins psychiatriques, les pays qui nous entourent cherchent déjà à atteindre un rapport de 1 :1 entre les places de traitement en milieu hospitalier et semi-hospitalier (cf. 4.2).

Réadaptation psychiatrique: Afin que les chances de guérison et de récupération (recovery) des personnes souffrant de troubles psychiques puissent être utilisées au mieux, il est nécessaire de définir des concepts d'intervention interdisciplinaires et interinstitutionnels regroupant les différentes professions et organisations. En cherchant le soutien institutionnel le plus large possible, il faut investir dans le développement d'un savoir spécifique qualitativement élevé en matière de réadaptation (cf. Aktion Psychisch Krank, 2002). La Suisse peut largement profiter des développements faits à l'étranger dans ce domaine.

Evolution démographique: le diagnostic et le traitement adéquat de troubles psychiques de la vieillesse requièrent des connaissances particulières car les symptômes diffèrent de ceux de la psychiatrie générale de l'adulte et sont complexes. Les connaissances sur les troubles psychiques dans le grand âge se sont élargies grâce aux récentes découvertes neurobiologiques. En psychothérapie et dans les soins infirmiers, de nouvelles méthodes spécifiques ont été introduites. Le savoir spécifique en gérontopsychiatrie dont nous disposons aujourd'hui ne peut cependant être exigé ni de la psychiatrie générale ni de la médecine générale. Les malades psychiques âgés ont en premier lieu besoin d'une offre relationnelle de qualité professionnelle – ce sont des « soins de base » essentiels pour cette catégorie de patients. Cette prestation doit reposer sur des méthodologies de soins précises et sur une haute qualification. Les collaborateurs des services de soins à domicile ne possèdent cependant souvent pas

ces qualifications professionnelles dans la mesure requise (Abderhalden, Lüthi, Mazzola, et al., 2003). Pour soulager les institutions résidentielles – hôpitaux généraux, cliniques psychiatriques et établissements – il faudrait investir plus dans la formation (géranto)psychiatrique des soins ambulatoires.

*Migrants:* les chances des migrants d'accéder à un traitement psychiatrique et psychothérapeutique qui tienne compte de leur culture, supposant non seulement des connaissances linguistiques mais également une connaissance des tableaux cliniques propres à leur culture et une expérience de la migration en tant que telle, sont restreintes (Ebner, 2003). L'accès ainsi entravé au traitement psychothérapeutique engendre une multiplication de traitements plus simples, essentiellement médicamenteux, avec souvent pour conséquence une chronicisation des maladies, des rentes d'invalidité et, finalement, un recours accru aux services psychiatriques. Les situations particulièrement difficiles que vivent les requérants d'asile dont la procédure est pendante font qu'ils se trouvent confrontés à de nombreux problèmes psychiques supplémentaires.

*Déficits en matière de psychiatrie légale et pénitentiaire:* en tant que branche spécialisée de la psychiatrie, la psychiatrie légale et pénitentiaire s'occupe de l'instruction pénale et civile ainsi que du traitement de délinquants jeunes et adultes souffrant de troubles psychiques qui sont en détention préventive ou dans la phase d'exécution des peines et mesures en milieu fermé ou ouvert. Ces dernières années, le besoin en expertises psychiatriques a non seulement fortement augmenté mais les exigences liées à la qualité de celles-ci se sont elles aussi considérablement accrues. La Suisse connaît un état de manque dû à la formation insuffisante et à une pénurie de professionnels qualifiés, ce qui conduit à des délais prolongés et au rejet de rapports d'expertise par les tribunaux, avec pour conséquence l'établissement d'un deuxième ou d'un troisième rapport et un retard dans les décisions. Des lacunes existent par ailleurs au niveau des places spéciales pour l'exécution de peines et mesures impliquant un niveau élevé de sécurité et de traitement pour les délinquants souffrant de troubles psychiques.

### **Objectifs**

- L'offre et l'accès aux soins psychiatriques de base doivent être garantis au niveau des régions et rendus proches de la population.
- Les offres de soins psychiatriques doivent être adaptées à l'âge, au sexe et à la provenance des individus. Ceci concerne les psychiatres en libre pratique pour enfants et adolescents, pour adultes et pour les personnes âgées, des institutions d'intervention de crise, de traitement aigu et de réadaptation décentralisées et proches du lieu d'habitation, et les services de soins infirmiers et d'aide à domicile psychogériatriques dotés des effectifs qualifiés suffisants et en mesure d'intervenir sur appel 24 heures sur 24.
- Les offres de soins spéciales pour des groupes de personnes en nombres restreints doivent être planifiées et gérées à l'échelon supracantonal.

### Actions

Le profil de prestations de l'offre de soins psychiatriques de base devrait être défini comme suit, s'agissant de la prise en charge des enfants et adolescents, des adultes et des personnes âgées :

- L'offre des soins psychiatriques de base pour enfants, adolescents, adultes et personnes âgées englobe, pour une région définie, l'intervention d'urgence, le traitement aigu psychiatrique et psychothérapeutique, les soins infirmiers, l'aide fournie dans le milieu de vie et la réadaptation des personnes, tous diagnostics confondus, aussi bien en phase aiguë et en urgence qu'en évolution chronique.
- Dans le cadre de la chaîne des offres de soins de base, la prise en charge psychiatrique pour enfants, pour adultes et pour les personnes âgées est développée afin d'englober dans l'ensemble du pays des hôpitaux de jour, des services de réhabilitation, des logements accompagnés et des équipes mobiles pour un traitement à domicile (home treatment).
- Une relation thérapeutique solide est garantie lorsque plusieurs institutions de soins prennent le même patient en charge.
- Indépendamment de l'âge, les patients disposent de la forme de traitement qui restreint le moins possible leur autonomie.
- Des concepts de communication interculturelle appropriée sont largement diffusés et mis en pratique.

Le profil de prestations de l'offre de soins psychiatriques spécialisés doit également être défini :

- Au moins dans les homes et foyers d'éducation subventionnés par l'Etat, les structures sont adaptées de telle manière que des admissions flexibles sont possibles.
- Lorsque cela s'avère nécessaire, les cantons constituent des commissions suprarégionales qui se mettent d'accord sur les besoins de développement des services psychiatriques d'enfants et d'adolescents, de réadaptation psychiatrique, de gérontopsychiatrie et de services spécifiques aux migrants.
- L'ouverture de cabinets psychiatriques pour enfants et adolescents et pour adultes est encouragée dans les régions périphériques.
- Les prestations de soins infirmiers psychogériatriques ambulatoires sont rendues disponibles dans toute la Suisse et leur financement est garanti.
- Les profils de prestations de l'offre de soins de base sont définis par des conventions (inter)cantonales afin de faciliter l'utilisation des établissements ambulatoires et hospitaliers.
- Il faut prévoir pour chaque région linguistique une division de psychiatrie pénitentiaire pour les jeunes et pour les adultes ainsi que des offres de soins spécialisés hospitaliers pour les jeunes psychiquement malades, toxico-dépendants et/ou mentalement handicapés.

### **Priorités / Etapes**

- **2005:** la fixation des priorités concernant les offres de prise en charge psychiatrique, psychothérapeutique, de réadaptation et des soins infirmiers psychiatriques pour tous les groupes d'âge, indépendamment de l'origine des personnes concernées, est prise en mains par les cantons et au niveau des régions.

### **Compétences / Responsabilités**

- CDS
- CDAS
- CDIP
- cantons
- Prestataires publics et privés dans le domaine psychiatrique

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- L'accès à des traitements appropriés est garanti et correspond au groupe d'âge, indépendamment du statut de résidence.
- Des possibilités de choix entre plusieurs formes de traitements sont offertes aux patients, indépendamment de leur âge.
- Les prestations sont multiprofessionnelles.
- Les patients attestent qu'ils bénéficient de relations thérapeutiques fortes et continues.
- Les patients peuvent s'exprimer dans leur langue maternelle.

## **6.8.2 Offre de soins coordonnés**

### **Situation de départ**

Le champ institutionnel et les soins psychiatriques spécialisés se différencient de plus en plus, ce qui entraîne des exigences accrues en matière de coopération et de travail en réseau. Sans liaisons structurelles et sans une orientation conceptuelle définie, il n'est pas possible d'obtenir la coopération requise dans ce domaine de prise en charge. Il est nécessaire de promouvoir les formes de coopération suivantes :

Coopération psychiatrique avec les cabinets de généralistes et médecins de famille: la collaboration entre les médecins généralistes, les psychiatres, les soins à domicile et les hôpitaux et cliniques doit être réglée et être encouragée par de nouvelles incitations.

Compétence psychiatrique dans les hôpitaux généraux et les homes: des services de liaison psychiatrique pour tous les groupes d'âge sont introduits sur l'ensemble du territoire suisse dans les structures d'accueil à bas seuil, les hôpitaux somatiques, les services de soins à domicile et les homes pour personnes âgées.

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

Encouragement d'équipes mobiles et semi-hospitalières: par le biais de nouvelles dispositions tarifaires et d'une organisation adéquate, les établissements psychiatriques se dotent, pour des régions définies, de structures permettant des formes de traitement orientés vers la personne.

Niveau de développement comparable d'une région à l'autre – exemple des enfants et adolescents: des enfants souffrant de troubles identiques reçoivent dans une région donnée un traitement psychiatrique pour enfant et, dans une autre, des mesures relevant de la pédagogie sociale ou curative. Il n'est pas possible, ni même nécessaire, de supprimer ces disparités régionales. En revanche, il est judicieux et nécessaire de mettre en réseau les différents établissements qui s'occupent d'enfants et d'adolescents à problèmes. L'objectif de la coordination est d'améliorer la qualité des traitements et surtout de leur assurer une plus grande continuité: par la présence de psychiatres pour enfants et adolescents dans les établissements pédagogiques recueillant des adolescents dont le comportement pose problème et des handicapés, il devrait être possible de diminuer la fréquence des traitements psychiatriques hospitaliers et, par là même, de veiller à une meilleure continuité des traitements dans les établissements pédagogiques. Il en va de même pour la psychiatrie d'adulte et la gérontopsychiatrie.

### **Objectifs**

- Grâce à la coopération et au travail en réseau, l'éventail des offres de soins en médecine générale, en psychiatrie et psychothérapie s'élargit, et cela tout au long de la vie.
- Les conditions-cadres financières doivent changer et passer d'une optique fondée sur les situations institutionnelles et sur le droit des assurances à des modèles de financement et de prestations orientés vers les personnes et conformes à leurs besoins.

### **Actions**

- Des modèles de coopération entre médecins généralistes, psychiatres et psychologues en cabinet privé sont élaborés en fonction des conditions locales et encouragés au moyen d'incitations correspondantes.
- L'obligation d'assurer une fonction de consilium doit figurer en bonne place dans le mandat de prestation de chaque institution psychiatrique subventionnée par l'Etat (psychiatrie de l'enfant, gérontopsychiatrie, psychiatrie sociopédagogique et curative), y compris les conséquences au niveau financier et de l'effectif du personnel.
- La compétence psychiatrique doit être renforcée dans le système de la médecine et des soins généraux et les institutions du domaine social s'adjoindre du personnel formé en psychiatrie.



### **Priorités / Etapes**

- **2004:** Par le biais d'un tarif modèle limité dans le temps, la preuve de meilleurs résultats au niveau coût-efficacité par des traitements coordonnés et intégrés est apportée.
- **2005:** sur la base d'expériences allemandes, on étudie la création d'une instance spécialisée centrée sur les patients qui clarifie les besoins de soutien, ébauche avec les patients un plan de traitement et de réadaptation, finance les démarches nécessaires et enfin, organise ultérieurement les contributions à fournir par les différentes instances financièrement responsables des prestations.

### **Compétences / Responsabilités**

- CDS
- Cantons
- Prestataires publics et privés dans le domaine psychiatrique

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but**

- Les prestations multiprofessionnelles sont mises en réseau et coordonnées.
- L'intervention d'urgence, le traitement aigu, les aides fournies dans le milieu de vie, la réadaptation spécifique et les soins à domicile sont décentralisés, proches de la population et le moins restrictifs possible. Pour les enfants et adolescents, ils sont proches de la famille.
- Les personnes âgées psychiquement malades peuvent mourir dans la dignité.

## **6.8.3 Planification conforme aux besoins**

### **Situation de départ**

La garantie de l'offre des soins de base, la spécialisation professionnelle et la coopération entre des services couvrant une large palette de besoins nécessitent des mécanismes de régulation. Grâce à des moyens incitatifs agissant sur la motivation, on peut espérer que les actions proposées puissent être réalisées essentiellement grâce à un développement ciblé de la qualité. Des informations épidémiologiques (6.4 information et sensibilisation de la population) et un développement systématique de la qualité (6.10.2 recherche et développement) sont à cet égard indispensables.

La planification, une tâche continue: l'utilité essentielle de la planification psychiatrique réside dans le processus lui-même: des collaborateurs de différentes institutions et domaines de prise en charge entrent en contact, se parlent, dressent le tableau de la situation actuelle, évaluent les besoins, les comparent aux offres et discutent des différentes variantes du développement nécessaire des structures et de la philosophie de la prise en charge. La planification psychiatrique en tant que processus

institutionnalisé a dans ce sens un puissant effet de garantie de la qualité, de stimulation et d'innovation professionnelles.

Méthodes et développement de la qualité: en matière de gestion de la qualité, il convient de prendre en considération - à égalité - des méthodes de la médecine basée sur l'évidence, des analyses de coûts-efficacité ainsi que des méthodes tenant compte de ce que vivent subjectivement les personnes concernées et leurs proches.

Développement de guidelines cliniques: afin de permettre à la population d'avoir une même qualité d'accès à des soins et traitement appropriés et plus généralement aux mesures visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique, des lignes directrices en matière de conception des traitements et de résultats à atteindre (guidelines) sont développés.

### **Objectifs**

- La planification d'offres de soins psychiatriques conformes aux besoins pour toutes les catégories de patients en Suisse est, en tant que processus complexe et continu, élaborée en commun par les cantons, les fournisseurs de prestations et les utilisateurs (délégués des malades et de leurs proches).
- Des bases de références en matière de planification et des standards à atteindre afin d'assurer à la population un accès égal aux mesures visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique sont développées sur le niveau national. Il s'agit de prendre en compte les différences régionales.

### **Actions**

- Les institutions font en sorte que l'état des connaissances soit suffisant et développent des méthodes de garantie de la qualité.
- Les processus de planification font partie des tâches permanentes de l'administration, de la pratique et de la science.
- Des bases de référence et des standards sont définis sur le niveau national.

### **Priorités / Etapes**

Elles sont définies par la CDS et les cantons

### **Compétences / Responsabilités**

- Les directeurs cantonaux des affaires sanitaires et sociales ainsi que les fournisseurs de prestations suivants qui participent à la prise en charge psychiatrique :
  - publics, d'intérêt public et privés
  - des domaines hospitalier, semi-résidentiel et ambulatoire
  - de la psychiatrie et de la médecine générale
  - cantonaux et extra-cantonaux
  - professionnels, patients et proches
  - membres des professions médicales, psychologiques, soignantes, sociales et autres

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- Les principes de planification et standards définis sont utilisés par les cantons.
- La planification se fonde sur des données épidémiologiques, des informations quantitatives et qualitatives sur le recours à différentes institutions et méthodes de traitement.
- Les processus de planification sont ouverts et participatifs. Des processus de décision transparents et le bon déroulement des informations sont garantis.
- Les projets de planification sont fondés de manière transparente sur la situation telle qu'elle a été évaluée.
- Les coopérations aux interfaces de la prise en charge psychiatrique (à l'interne et à l'externe) sont prises en compte.

## **6.9 Adaptation de la législation**

### **Situation de départ**

Afin d'atteindre les objectifs de la stratégie, il est nécessaire de procéder à des améliorations sur le plan législatif dans les domaines suivants :

Droits des patients: des mesures de contrainte sont appliquées fréquemment non seulement en psychiatrie mais aussi en médecine somatique. Cette atteinte grave au droit de disposer d'eux-mêmes est de manière répétée vécue par les patients comme insatisfaisante. Il manque en Suisse des règles légales uniformes qui apporteraient aux patients et aussi aux professionnels qui doivent décider de mesures de contrainte de l'aide pour que les procédures soient plus transparentes.

Lutte contre la discrimination institutionnelle: le fractionnement des décisions et des financements en matière de prestations conduit à des discriminations structurelles pour les malades psychiques (cf. 5 Bilan). A titre d'illustration de ce fait, les mesures de réhabilitation et de réinsertion ont été bâties, conceptuellement et financièrement, sur une représentation d'un processus de rééducation linéaire et continu qui doit aboutir au rétablissement de la capacité de fonctionnement de la personne handicapée, comme cela peut se produire en cas d'infirmités physiques après un accident. Les maladies psychiques chroniques diffèrent fondamentalement de cette vision, en particulier par le fait que les processus d'intégration évoluent souvent de manière imprévisible et/ou cyclique et peuvent conduire à une incapacité partielle de gain plutôt qu'à une invalidité complète. Le succès de la réhabilitation et de la réinsertion réside dans ce cas pour les personnes concernées à pouvoir mener, en dépit d'un handicap psychique, une vie (partiellement) indépendante et à participer à la vie sociale.

Entraide, travail bénévole, proches qui dispensent des soins: l'entraide, le travail bénévole et les soins prodigués par les proches représentent un apport aux structures de prise en charge plus faible en Suisse que dans les pays voisins plus avancés. Il

manque les bases juridiques qui donneraient aux organisations concernées les moyens nécessaires pour permettre la gestion appropriée d'une infrastructure adéquate.

Prise en charge des traitements de psychothérapie effectués par les psychologues: à l'heure actuelle, la psychothérapie effectuées par des psychologues n'est remboursée par l'assurance maladie que si elle est une déléguée par un médecin. Il faudrait trouver des critères légaux permettant d'intégrer les psychothérapeutes qualifiés dans les offres de prise en charge psychiatrique de base.

### **Objectifs**

- Les personnes atteintes de maladies et de handicaps liés aux troubles psychiques doivent avoir, grâce à l'accès à des offres de soins appropriées, efficaces et économiques, des chances de guérison analogues à celles qui souffrent de maladies physiques.
- L'entraide, le travail bénévole et les soins fournis par les proches, qui permettent de gérer la maladie au quotidien, sont encouragés par la législation.

### **Actions**

- Les dispositions relatives à la protection de la personnalité garantissent à l'avenir les droits fondamentaux des personnes psychiquement malades lors de l'exécution de mesures d'hospitalisation à des fins d'assistance.
- On examine si une réglementation au niveau fédéral des droits et devoirs des patients atteints de maladies somatiques et psychiques doit être mise en place.
- Les lois sur l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité sont modifiées afin de mettre sur pied d'égalité les maladies et troubles psychiques et somatiques.
- L'entraide, le travail bénévole et les soins fournis par les proches qui permettent de gérer la maladie au quotidien sont encouragés au niveau légal et financier.
- La réglementation des professions psychologiques au niveau fédéral avance.

### **Priorités / Etapes**

**La révision de la LAMal** devrait inclure des dispositions pour promouvoir de manière ciblée de l'entraide, du travail bénévole et des soins prodigués par les proches.

**La 5<sup>ème</sup> révision de la loi sur l'AI** prendra en compte mieux qu'actuellement les particularités de l'intégration professionnelle des personnes handicapées en raison de problèmes psychiques et inclura des mesures de prévention de l'invalidité.

**2004:** les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) concernant les mesures de contrainte sont mises en pratique par les personnes et institutions concernées et leur application est surveillée.

### **Compétences / Responsabilités**

- OFSP
- OFAS
- ASSM
- Office fédéral de la justice

- Commission nationale d'éthique en médecine humaine
- cantons
- Hôpitaux et cliniques psychiatriques, soins à domicile et institutions de réadaptation
- Organisations spécialisées en santé publique et du domaine social
- Pro Mente Sana, organisations d'entraide

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- Dans toute la Suisse, les patients ont le droit de décision sur leurs traitements, de consulter leur dossier médical et jouissent de la protection juridique en cas de mesures de contrainte, y compris le droit d'être représenté par une personne extérieure.
- Les institutions psychiatriques respectent les droits fondamentaux des personnes concernées conformément aux directives de l'ASSM ; dans les institutions, les formes de gestion des conflits sont unifiées et rendues transparentes.
- Les conditions d'accès et d'exercice de la profession de psychothérapeute sont réglementées au niveau fédéral ; les conditions de prise en charge par des prestations par l'assurance maladie sont fixées.
- Les bases légales visant à l'intégration professionnelle et sociale en cas de handicap liés à des problèmes psychiques sont améliorées.
- Le financement de l'indemnisation de l'assistance est approprié.
- Les personnes souffrant d'une maladie psychique ne se sentent plus stigmatisées et discriminées en raison d'inégalités ou de lacunes au niveau légal.

## **6.10 Promotion de la relève; recherche et développement**

### **6.10.1 Promotion de la relève**

#### ***Situation de départ***

Le manque de reconnaissance financière et sociale des prestations professionnelles dans le domaine de la psychiatrie, exigeantes du point de vue intellectuel et émotionnel ainsi que les manques de qualité de l'offre de prise en charge et de la formation postgraduée conduisent à des problèmes de relève préoccupants. Outre des incitations financières, les membres des professions concernées devraient bénéficier également d'une protection juridique en cas de graves dérapages dans les relations thérapeutiques. Dans le développement de la professionnalisation, les professions de la santé et du social ont négligé de développer une manière de penser et d'agir interdisciplinaire. Les problèmes suivants devraient être résolus, concernant différentes catégories professionnelles :

Corps médical: La double fonction de guérison et de contrôle social exercée par les psychiatres pose des exigences éthiques et morales extrêmement élevées. Cette

## Politique nationale suisse de la santé – santé psychique

responsabilité et les compétences professionnelles qu'elle requiert n'est pas suffisamment reconnue par la société.

Soins infirmiers: les récentes réformes de la formation des professions de soins ont conduit à un vide en ce qui concerne le perfectionnement et la formation continue pour les soins psychiatriques. Il manque un programme de perfectionnement et de formation continue et il manque un grand nombre de professionnels soignants spécialisés et travaillant dans le domaine psychiatrique.

Psychologie: il manque des places de formation clinique pour acquérir une pratique psychothérapeutique suffisante avec les malades psychiques.

Travail social: dans le travail social spécialisé, les bases en matière de psychiatrie font défaut. La réhabilitation et la réinsertion sont soutenues essentiellement par des professionnels du domaine sociopédagogique.

### Objectifs

- Les conditions de travail sont améliorées pour toutes les professions<sup>6</sup> du domaine de la santé psychique.
- La formation prégraduée, postgraduée et continue favorise la collaboration interdisciplinaire.

### Actions

- La promotion de la relève des membres des professions académiques médico-psychiatriques, soignantes, psychologiques et socio-thérapeutiques est intensifiée en Suisse.
- Les tarifs des prestations en psychiatrie sont mis sur pied d'égalité avec celles touchant aux maladies somatiques compte tenu de la formation prégraduée, postgraduée et continue et des exigences professionnelles.
- Dans le cadre de la formation prégraduée et postgraduée des professions de la santé et du social, de nouveaux programmes offrant une spécialisation en santé psychique doivent être offerts.
- L'interdisciplinarité est encouragée par la formation postgraduée et continue.
- On stimule la recherche proche de la pratique et on crée plus d'opportunités de carrière et de recherche pour les personnes actives dans le domaine de la psychiatrie.

### Priorités / Etapes

- **2005:** les organisations professionnelles et les cantons développent en commun des modèles incitatifs en vue d'augmenter l'attractivité du domaine d'activité professionnelle de la psychiatrie.

---

<sup>6</sup> Professions psychologiques, voir aussi adaptation de la législation

- **2005:** dans les nouvelles filières de formation des professions de la santé et du social, on intègre des programmes de formation de base, de perfectionnement et de formation continue avec une spécialisation en santé psychique.

### **Compétences / Responsabilités**

- OFSP
- OFPT
- OFAS
- CDIP
- CDS
- CDAS
- organisations spécialisées en santé publique et du domaine social
- universités et hautes écoles spécialisées.

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but**

Les formations postgraduées et les conditions de travail en matière de thérapie, réadaptation et soins psychiatriques et psychothérapeutiques sont concurrentielles par rapport à celles des maladies somatiques.

## **6.10.2 Recherche et développement**

### **Situation de départ**

Etant donné l'importance du défi que représente la santé psychique de la population pour l'évolution future de la société, on peut s'étonner du peu de recherches entreprises dans ce domaine. Une première vue d'ensemble des recherches sera fournie par une recherche encore en cours (voir Annexe I, Genèse de la stratégie) qui montre que jusqu'ici les recherches ont porté bien plus sur les maladies psychiques que sur la santé psychique. Des travaux de qualité, fondés sur une approche interdisciplinaire et qui rendent compte de la complexité du problème sont rares. Il manque particulièrement des connaissances sur les possibilités d'intervention précoce et sur l'analyse des résultats, y compris analyses coûts-avantages, des différentes formes de traitements et de prise en charge. Ce déficit énorme doit être comblé. En priorité il faudrait pousser la recherche appliquée et le transfert à la pratique des résultats des recherches scientifiques. Il faudrait aussi peut-être mettre en place, au niveau national et si possible international, des normes de qualité applicables lorsqu'il s'agit de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique.

En Suisse, un transfert suprarégional du savoir entre les différentes écoles et pratiques, fondé sur des publications scientifiques, n'est jusqu'ici pas établi. De même, un institut leader en matière d'enseignement et de recherche en réadaptation fait défaut en Suisse. Les possibilités de recherche appliquée offertes par les hautes écoles spécialisées en santé et en travail social ne sont guère utilisées et encouragées.

### **Objectifs**

- Durant les années de mise en œuvre de la présente stratégie, l'encouragement de la recherche et du développement en vue de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique est renforcé.
- Le transfert des connaissances entre la recherche et la pratique est mis en œuvre de manière appropriée et durable.

### **Actions**

- On encouragera la recherche universitaire proche de la pratique ainsi que la collaboration des universités avec les praticiens.
- Lors de la réalisation de projets, on stimulera la coopération entre cantons urbains et universitaires et cantons ruraux non universitaires.
- On promouvra le transfert ciblé et durable du savoir entre recherche et pratique.
- On fera progresser l'initiation de projets modèles et d'évaluations scientifiques, comme cela est prévu dans des articles de lois permettant des projets pilotes.
- Il faudra continuer à faire avancer la recherche psychiatrique, psychothérapeutique, en matière de réadaptation et relative aux soins.

### **Priorités / Etapes**

- **2004:** les diverses possibilités de promotion de la recherche dans les domaines visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique sont clarifiées.
- **2004:** en vue de développer des normes de qualité communes parmi les différentes écoles et pour favoriser le transfert du savoir, un forum « Santé psychique en Suisse » est fondé.

### **Compétences / Responsabilités**

- OFSP
- OFES / GRS (Office fédéral de l'éducation et de la science / Groupement de la science et de la recherche)
- OFAS
- Seco
- OFS / Obsan
- Fonds national suisse de la recherche scientifique, CTI (Commission pour la technologie et l'innovation)
- administrations cantonales
- universités, hautes écoles spécialisées, instituts de recherche privés.

### **Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts**

- Des normes de qualité reconnues sont disponibles et utilisées dans la pratique.
- La recherche en matière de développement de la santé psychique est dotée de moyens financiers accrus.



- Le nombre de publications scientifiques consacrées à la santé psychique et à l'offre de soins augmente en Suisse.

## **6.11 Résumé des objectifs**

**Tableau 9: Objectifs des recommandations**

<b>Recommandations</b>	<b>Objectifs</b>
1. Coordination et coopération nationales et internationales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Confédération et les cantons s'accordent entre eux et poursuivent durant les dix prochaines années une stratégie commune visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population résidant en Suisse. Cet agenda politique inclut les éléments suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ des objectifs communs et des orientations stratégiques communes</li> <li>○ une mise en œuvre réalisée à partir des compétences exercées de manière parallèle et/ou par la coordination d'actions complémentaires</li> <li>○ la promotion de la coopération lors de la mise en œuvre</li> <li>○ la participation à un système de 'reporting' et à une évaluation effectués en commun.</li> </ul> </li> <li>• La Confédération, les cantons et les organisations non gouvernementales tiennent compte des développements internationaux, intègrent des propositions de solution prometteuses dans leur propre stratégie et apportent leurs expériences sur la scène internationale.</li> </ul>
2. Coordination et coopération multisectorielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La protection, la promotion et le maintien de la santé psychique sont perçus comme une tâche commune par les autorités et les organisations des domaines de la formation, de la sécurité sociale, de la justice et de l'économie, aussi bien au niveau fédéral qu'au niveau cantonal.</li> <li>• Les décisions politiques tiennent compte de l'état actuel des connaissances en matière de santé et de maladie psychiques.</li> </ul>
3. Identification du problème, monitoring continu et synthèse des données disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Suisse améliore la qualité des systèmes d'information généraux et spécifiques permettant de collecter des données sur la santé psychique et les maladies psychiques. Ces systèmes se fondent sur des données valables, fiables, d'ordre général et spécifique et sur des analyses. Ils garantissent la continuité, permettent d'identifier à temps des évolutions liées à la santé psychique et constituent le fondement d'une prise en charge orientée vers les besoins.</li> </ul>

Suite tableau 9

4. Information et sensibilisation de la population	<ul style="list-style-type: none"><li>• La population est mieux informée quant à l'importance et aux aspects positifs (bien-être, intégration sociale, etc.) de la santé psychique.</li><li>• Les connaissances sur la fréquence et les conséquences des troubles psychiques ainsi que sur les droits et l'autonomie des malades psychiques augmentent dans la population.</li><li>• Les connaissances sur l'efficacité des mesures de prévention, de thérapie, de réadaptation et de soins et sur les différentes alternatives de traitement à choix sont largement répandues.</li><li>• La compréhension à l'égard des malades psychiques augmente grâce à des contacts de la vie quotidienne (cf. recommandation d'intervention précoce et entraide, travail bénévole).</li></ul>
5. Promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail	<ul style="list-style-type: none"><li>• En ce qui concerne la santé psychique, le plus grand nombre d'individus possible doit pouvoir jouir de conditions favorables. Il faut veiller particulièrement à ce que cela soit le cas pour les groupes de population qui vivent des phases de transition ou qui doivent faire face à des contraintes supplémentaires. Cela concerne en particulier :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Les familles avec enfants en âge préscolaire</li><li>○ Les enfants et adolescents</li><li>○ Les jeunes qui entrent dans la vie professionnelle</li><li>○ Les mères et pères de famille</li><li>○ Les pères et mères qui élèvent seul(e)s leurs enfants</li><li>○ Les personnes actives à partir de 55 ans</li><li>○ Les personnes qui ont vécu des expériences de migration et/ou de violence</li><li>○ Les personnes dans le troisième et le quatrième âge.</li></ul></li></ul>
6. Détection précoce des maladies psychiques et interventions visant à maintenir l'intégration sociale, scolaire et professionnelle et prévenir l'invalidité	<ul style="list-style-type: none"><li>• La Confédération, les cantons et les organisations privées investissent dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes spécifiques de détection précoce des troubles psychiques, d'intervention précoce et de prévention de l'invalidité.</li></ul>
7. Promotion de l'entraide, de l'aide bénévole, du soutien des proches et de la participation des personnes concernées à tous les niveaux du système de santé	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les contributions propres des groupes d'entraide, de l'aide bénévole et des proches visant à gérer la maladie au quotidien sont reconnues et soutenues du point de vue professionnel et financier (cf. Adaptation des lois). Leur contribution active au processus de guérison et de rétablissement est intégrée judicieusement dans les concepts de traitement et de suivi.</li><li>• L'entraide, l'aide à soi-même et le travail bénévole sont reconnus et sont établis dans toutes les régions.</li><li>• Les patients ou leur représentant légal et leurs proches reçoivent des informations et conseils indépendants, professionnellement exacts. Ils sont impliqués dans le traitement et ont le choix entre plusieurs alternatives de thérapie.</li><li>• Afin d'optimiser les prestations de prise en charge, la collaboration entre les professionnels et les organisations d'entraide est encouragée.</li><li>• La recherche concernant la contribution propre de l'entraide, de l'aide bénévole et de celle des proches dans le système de santé est stimulée.</li></ul>

Suite tableau 9

---

8. Développement de la qualité des offres de soins en médecine générale, en psychiatrie et en psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'offre et l'accès aux soins psychiatriques de base doivent être garantis au niveau des régions et rendus proches de la population.</li><li>• Les offres de soins psychiatriques doivent être adaptées à l'âge, au sexe et à la provenance des individus. Ceci concerne les psychiatres en libre pratique pour enfants et adolescents, pour adultes et pour les personnes âgées, des institutions d'intervention de crise, de traitement aigu et de réadaptation décentralisées et proches du lieu d'habitation, et les services de soins infirmiers et d'aide à domicile psychogériatriques dotés des effectifs qualifiés suffisants et en mesure d'intervenir sur appel 24 heures sur 24.</li><li>• Les offres de soins spéciales pour des groupes de personnes en nombres restreints doivent être planifiées et gérées à l'échelon supracantonal.</li> <li>• Grâce à la coopération et au travail en réseau, l'éventail des offres de soins en médecine générale, en psychiatrie et psychothérapie s'élargit, et cela tout au long de la vie.</li><li>• Les conditions-cadres financières doivent changer et passer d'une optique fondée sur les situations institutionnelles et sur le droit des assurances à des modèles de financement et de prestations orientés vers les personnes et conformes à leurs besoins.</li> <li>• La planification d'offres de soins psychiatriques conformes aux besoins pour toutes les catégories de patients en Suisse est, en tant que processus complexe et continu, élaborée en commun par les cantons, les fournisseurs de prestations et les utilisateurs (délégués des malades et de leurs proches).</li><li>• Des bases de références en matière de planification et des standards à atteindre afin d'assurer à la population un accès égal aux mesures visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique sont développées sur le niveau national. Il s'agit de prendre en compte les différences régionales.</li></ul>
9. Adaptation de la législation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les personnes atteintes de maladies et de handicaps liés aux troubles psychiques doivent avoir, grâce à l'accès à des offres de soins appropriées, efficaces et économiques, des chances de guérison analogues à celles qui souffrent de maladies physiques.</li><li>• L'entraide, le travail bénévole et les soins fournis par les proches, qui permettent de gérer la maladie au quotidien, sont encouragés par la législation.</li></ul>
10. Promotion de la relève ; recherche et développement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les conditions de travail sont améliorées pour toutes les professions du domaine de la santé psychique.</li><li>• La formation prégraduée, postgraduée et continue favorise la collaboration interdisciplinaire.</li> <li>• Durant les années de mise en œuvre de la présente stratégie, l'encouragement de la recherche et du développement en vue de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique est renforcé.</li><li>• Le transfert des connaissances entre la recherche et la pratique est mis en œuvre de manière appropriée et durable.</li></ul>

---

**Partie C:**  
**Mise en oeuvre**



## 7 Propositions pour à la mise en oeuvre

### ***Qui assumera la responsabilité de la mise en oeuvre ?***

Les objectifs de la stratégie et les recommandations du plan d'action laissent aux différentes autorités une large autonomie et de liberté d'application dans le processus visant à atteindre les buts fixés.

Les acteurs concernés peuvent déjà, par leur prise de position, exercer une influence sur la définition des priorités parmi les recommandations et en s'exprimant sur les mesures proposées. Après l'analyse des réponses reçues, la stratégie sera encore adaptée et finalisée. La stratégie définitive sera transmise aux deux autorités qui l'ont mandatée, la Confédération et les cantons. Vers la fin de 2004, conformément à la Convention du 15.12.2003 entre la Confédération et les cantons portant sur le projet Politique nationale suisse de la santé, les deux partenaires pourront adopter la présente stratégie en tant qu'engagement commun et déclaration d'intention pour les années à venir.

Il n'existe aucune disposition légale de politique nationale de la santé qui puisse obliger contre son gré une autorité fédérale ou cantonale à assumer la responsabilité d'une recommandation, quelle qu'elle soit.

Comme cela a déjà été le cas pour le développement de la stratégie, la mise en oeuvre est conçue comme un processus participatif dans lequel beaucoup de partenaires venant de différents horizons s'engageront et apporteront leurs compétences / responsabilités.

Le processus complet devrait s'étendre sur dix ans. La cohérence et le caractère réaliste des recommandations, le plaisir d'innover, le désir d'accroître le bien-être psychique dans la population et l'intérêt à développer la qualité et un meilleur rapport coût-efficacité des offres de prise en charge visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique constitueront les principaux moteurs de la mise en oeuvre de la stratégie.

### ***Comment la mise en oeuvre sera-t-elle soutenue ?***

La mise en oeuvre doit être encouragée à trois niveaux :

- Mise sur pied de projets modèles et de projets pilotes d'importance nationale
- Création d'un forum pour le transfert du savoir
- Etablissement de rapports réguliers sur l'avancement de la stratégie et les progrès réalisés.

Quelques processus et projets innovateurs ont été menés avec succès durant la phase de développement de la stratégie <sup>7</sup>. Ils initient déjà des actions préconisées par différentes recommandations en créant des synergies et en servant de projets pilotes et de pistes pour des études plus approfondies (cf. genèse de la stratégie, annexe I). Des modèles de pratiques innovatrices donnent également des impulsions sur la manière de mettre en œuvre les recommandations (cf. annexe III).

### **Qui financera la mise en œuvre?**

La Confédération et les cantons ont déjà investi de l'argent dans le développement de la stratégie. Il s'agira d'examiner dans quelle mesure ces deux partenaires vont s'engager, durant les prochaines années dans la réalisation et la coordination du processus de mise en œuvre.

La plupart des recommandations se rapportent à des domaines dont le financement est déjà assuré. Dans l'ensemble, les recommandations ont été réfléchies en tenant compte d'une gestion économe des moyens financiers. Il ne faut pas s'attendre, à moyen et à long terme, à des hausses massives de coûts. En revanche, avec un financement global équivalent, il devrait être possible d'obtenir un meilleur rapport coûts-efficacité dans les directions suivantes:

- Les conditions de vie qui rendent malades peuvent être réduites et remplacées par des conditions de vie favorisant la santé ;
- Aux traitements hospitaliers coûteux peuvent se substituer toujours plus de services semi-hospitaliers et ambulatoires axés sur les besoins de la personne; l'augmentation du nombre de rentes AI est freinée.

Dans l'idéal, les coûts engendrés par les maladies psychiques devraient diminuer. En ce qui concerne l'assurance-maladie, il faudrait pouvoir traiter à temps, de manière plus appropriée et à des coûts qui restent stables, un plus grand nombre de personnes. Pour ce faire, il importe d'améliorer l'information et la sensibilisation de la population et des prestataires de soins primaires quant à la santé psychique. Toutefois, il ne faut pas s'attendre à pouvoir réaliser des économies massives dans un domaine qui, depuis des années, est sous-doté financièrement.

---

<sup>7</sup> Par exemple :

- Bündnis gegen Depression – extension du modèle de Nüremberg dans le canton de Zoug
- modèle temporaire de tarif pour favoriser l'intervention de teams multiprofessionnels intervention précoce afin de maintenir l'intégration professionnelle
- Ipsilon – une initiative en vue de la prévention du suicide en Suisse
- Création de centres de compétences

**Partie D:  
Annexe**





## Table des matières

<b>Annexe I</b> .....	<b>5</b>
<b>Genèse de la stratégie visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique</b> .....	<b>5</b>
1. Analyses de base .....	6
a) Politique nationale suisse de la santé.....	6
b) Observatoire suisse de la santé .....	7
c) autres documents de base (cf. bibliographie) .....	7
2. Processus de participation .....	7
3. Création de synergies avec des processus en cours / élaboration d'un concept / étude de faisabilité.....	8
4. Comité consultatif.....	10
<b>Annexe II</b> .....	<b>12</b>
<b>Offres de prise en charge psychiatrique: problèmes et recommandations – un rapport d'expert du groupe ad-hoc « Offres de soins psychiatriques intégrés » : N. Baer, Th. Cahn, H.D. Brenner, W. Felder</b> .....	<b>12</b>
1. Situation actuelle .....	12
2. Principes directeurs de réformes internationales de la psychiatrie .....	13
3. Lacunes d'infrastructure, problèmes et recommandations .....	15
a) Principes directeurs recommandés pour la formulation de mesures spécifiques .....	16
b) Problèmes fondamentaux et recommandations .....	17
c) Problèmes spécifiques, lacunes au niveau de la prise en charge et recommandations .....	28
<b>Annexe III</b> .....	<b>48</b>
<b>Exemples de pratiques innovantes S. Gurtner</b> .....	<b>48</b>
1. Exemples de pratiques innovantes en matière de promotion de la santé / prévention .....	48
2. Exemples de pratiques innovantes en matière d'entraide.....	53
3. Exemples de pratiques innovantes en matière d'offres de prise en charge psychiatrique .....	55
<b>Annexe IV</b> .....	<b>62</b>
<b>Bases légales</b> .....	<b>62</b>
Bases générales .....	62

---

a) Santé .....	63
b) Domaine de l'aide aux handicapés .....	64
c) Domaine de l'action sociale .....	64
<b>Annexe V.....</b>	<b>66</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>66</b>
<b>Annexe VI.....</b>	<b>74</b>
<b>Tableau des abréviations .....</b>	<b>74</b>

## Annexe I

### **Genèse de la stratégie visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique**

Les structures fédéralistes de la Suisse requièrent de la part de la Confédération, des cantons et des grandes organisations non gouvernementales une culture de la communication différenciée et des processus continus en matière de politique globale de la santé. Les responsables à différents niveaux de la prévention du sida et de la lutte contre les drogues ont montré qu'en tenant compte des conditions politiques de notre pays ils ont été en mesure de trouver des solutions innovantes et durables, au demeurant fort bien acceptées. Ces expériences positives, la nécessité d'identifier à temps les problèmes de santé dans la population et d'y remédier ont incité la Confédération et les cantons à créer une structure de politique nationale de la santé. A l'initiative de la Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et du Département fédéral de l'intérieur (DFI), le projet Politique nationale suisse de la santé (PNS) a démarré en novembre 1998. Son objectif consiste à discuter, dans un processus commun entre les responsables gouvernementaux – et avec la collaboration des autres acteurs - des conditions nationales et sociales nécessaires à une politique globale de la santé. Au cours d'une conférence nationale qui a eu lieu à Fribourg en mai 2000, les responsables gouvernementaux ont choisi la santé psychique comme l'un des trois thèmes pour développer une politique de la santé commune à la Confédération et aux cantons. C'est pourquoi le projet Politique nationale suisse de la santé a été chargé, à ce moment, de préparer les bases d'une décision politique.

Le développement de stratégies et de politiques publiques de santé ne s'est pas inspiré d'un modèle d'économie planifiée où les décisions partent « du haut vers le bas ». Au contraire, la direction du projet PNS s'est engagée, dès la préparation des bases de travail, dans un processus exigeant de recherche du consensus et a travaillé en coopérant avec de nombreux partenaires. Cette méthode s'est rapidement élargie à la manière d'une boule de neige. Une première vision de stratégie pour la santé psychique, en tant que cadre d'orientation, a été développée et mise en discussion aux journées de travail de politique de la santé à Muttenz en 2002. Pour l'analyse du problème, les responsables du projet PNS et de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) ont rassemblé des données de base. Dans un processus parallèle, la direction du projet PNS a concrétisé la vision stratégique de la santé psychique et, en collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, a développé des solutions applicables en pratique (juin 02 – décembre 03). La troisième phase du projet a pour but de consolider ces propositions. Au cours d'une vaste procédure de consultation, les milieux politiques et professionnels (février 04 – avril 04) prendront position sur le rapport.

Le rapport final sera ensuite transmis au Conseiller fédéral Pascal Couchepin, chef du Département fédéral de l'intérieur, et au conseiller d'Etat Markus Dürri, président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux des affaires sanitaires. A partir de cette base, la Confédération et les cantons, en collaboration avec d'autres

partenaires, seront en mesure de s'engager par une déclaration d'intention commune en vue de la mise en œuvre et l'évaluation de mesures visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population résidant en Suisse.

## 1. Analyses de base

### a) Politique nationale suisse de la santé

- *Enquête auprès d'experts concernant la santé psychique (Illés, C., Abel, T. 2002):* en partant d'une approche multidisciplinaire, cette étude qualitative définit un grand nombre de déterminants de la santé psychique. Elle présente également une analyse des forces et faiblesses des offres de prise en charge et des mesures visant à promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique. *Publiée dans les cahiers de la SSSP/SGGP.*
- *Inventaire des stratégies et mesures de promotion, de maintien et de rétablissement de la santé psychique (Bruhin E., 2002):* des administrations publiques, des organisations nationales et régionales spécialisées, les milieux intéressés, des organisations de patients ont été interrogées sur les stratégies et mesures importantes en cours pour la santé psychique. Les « movers » du domaine de la santé psychique ont été identifiés. *A consulter sous: [www.satenationale.ch](http://www.satenationale.ch)*
- *Santé psychique – une comparaison internationale (Stuckelberger A., 2002):* à l'aide d'exemples de l'étranger comparables aux conditions qui prévalent en Suisse, on montre comment d'autres pays développent et mettent en œuvre une stratégie nationale institutionnalisée de santé psychique. *Non publié.*
- *Inventaire des lois et concepts cantonaux relatifs à la psychiatrie (Bruttin, F. 2003)* Centre documentation en santé publique, Lausanne. En collaboration avec l'Institut suisse du fédéralisme, un répertoire électronique comprenant les concepts de planification et les lois régissant la psychiatrie en Suisse a été établi. *Publié sur internet : [www.hospvd.ch/public/chuv/bdfm/cdsp](http://www.hospvd.ch/public/chuv/bdfm/cdsp)*
- *Offres de prise en charge psychiatrique: problèmes et recommandations – un rapport d'experts (Baer E., Cahn T., Brenner H.D., Felder W.)* Ce rapport a été rédigé dans le cadre du groupe d'experts ad hoc Structures des offres de soins psychiatriques. *Publication: [www.santenationale.ch](http://www.santenationale.ch) et Annexe II ci après.*

### Projet commun Obsan - PNS

- *Recherches scientifiques en Suisse sur la santé psychique (Frick U., Baer N.):* résultats attendus en 2004. Synthèse de la recherche sur la „Public Mental Health“ en Suisse.

## **b) Observatoire suisse de la santé**

### **Mandats terminés**

- *La santé psychique en Suisse – Monitoring (Hrsg. Ruesch, Manzoni 2003)*: afin de surveiller en permanence la santé psychique, l'Obsan a développé un catalogue d'indicateurs représentatifs et rassemblé les données disponibles. *Publication: édition obsan d/f, 2003.*
- *Analyse des données de base des traitements psychiatriques en milieu hospitalier (Christen, L. & Christen, S., 2003)*: ce rapport analyse les données psychiatriques des années 1998 à 2000 issues de la statistique médicale des hôpitaux de 15 cantons ainsi que des données de base de toutes les institutions psychiatriques de Suisse. Les résultats donnent des indications sur le volume des maladies psychiatriques chroniques, sur la multimorbidité et sur le recours aux prestations hospitalières. *Publication: documents de travail Obsan 1/03.*
- *Epidémiologie des troubles psychiques (Ajdacic-Gross V., Gross, M. 2003)*: le rapport rassemble des données sur l'incidence et la prévalence des troubles psychiques en Suisse. Les relevés de certaines maladies et symptômes comprennent, lorsque c'est possible, des facteurs de risque et de protection. Dans un deuxième temps, l'étude cherche à établir des prévisions. Le recensement des offres de prise en charge doit permettre de faciliter une planification coordonnée, conforme aux besoins et couvrant l'ensemble du territoire. *A paraître.*

## **c) autres documents de base (cf. bibliographie)**

### **2. Processus de participation**

Les stratégies et les programmes d'intervention doivent s'appuyer sur l'ensemble des politiques publiques (politique sociale, économique, de la formation, des handicapés) qui, dans une approche globale de la santé, englobent également les conditions-cadre de la santé psychique de tous les groupes d'âge, indépendamment de leur appartenance sociale et culturelle.

La stratégie a été dessinée au cours de sept journées de travail. Environ 170 personnes ont participé à ces journées. 42 praticiens et scientifiques provenant des domaines de la santé publique, du social et des handicapés ainsi que de l'administration, des milieux politiques et des représentants des malades psychiques et de leurs proches ont présenté leurs conceptions par rapport à un thème. Dans des groupes de travail, les participants ont analysé les besoins et développé des propositions de solution. Chaque journée de travail a fait l'objet d'un rapport. Ce processus a servi de réservoir à idées (« think tank ») et a encouragé le dialogue et le consensus. Les thèmes de ces journées ont été :

- Promotion de la santé psychique et prévention (26. 11. 02 / 14. 1. 03)
- Promotion, maintien et rétablissement de la santé psychique chez les enfants et adolescents (20.2.03) ainsi que chez les personnes âgées (12. 6. 03)
- Offres de prise en charge ambulatoire et hospitalière (10. 12. 02)
- Réadaptation et intégration sociale (20. 3. 03)
- Participation des personnes concernées (6. 5. 03)

Les comptes-rendus et documents des journées de travail sont accessibles sous [www.santenationale.ch](http://www.santenationale.ch) .

### **3. Création de synergies avec des processus en cours / élaboration d'un concept / étude de faisabilité**

Afin de développer la présente stratégie et de mieux l'ancrer dans la réalité, la direction du projet a collaboré aux processus suivants :

Création d'un centre de compétence « santé psychique » dans le réseau *formation + santé* de la CDIP / OFSP :

- Objectif: en coopérant avec la Conférence des directrices et directeurs de l'instruction publique (CDIP), le réseau *formation + santé* soutient la promotion de la santé à tous les niveaux de formation. La promotion de la santé psychique est encore dans la phase de planification. Le responsable du réseau est Beat Hess.

Ipsilon - Initiative pour la prévention du suicide en Suisse:

- Objectif: un centre de coordination spécialisé pour la prévention du suicide en Suisse est mis sur pied. Différentes organisations et institutions des milieux professionnels, des églises et des œuvres d'entraide qui, dans leur travail, sont quotidiennement confrontées au suicide, ont fondé le 2 décembre 03 pour disposer ainsi d'une structure commune. Les compétences professionnelles et scientifiques, morales et politiques de ce centre doivent venir appuyer les professionnels qui ont des contacts avec des personnes menacées par le suicide. Les priorités suivantes ont été définies: développement de la recherche, élaboration d'informations et de documentation, travail de sensibilisation de l'opinion publique et des milieux politiques, développement de concepts et programmes pour la prévention du suicide, formation postgraduée et continue et communication d'adresses utiles pour trouver une aide pratique. Le président de l'association est le médecin Conrad Frey et la directrice du bureau Barbara Weil, FMH, Berne. [www.ipsilon.ch](http://www.ipsilon.ch)

Introduction du modèle allemand „Bündnis gegen Depression“ (Alliance contre la dépression) dans le canton de Zoug :

- Objectif: le programme d'action contre la dépression qui fait partie du réseau de compétence allemand „Depression, Suizidalität“ a pour but de faire connaître les résultats du projet de Nürnberg. Ce programme d'action vise à une meilleure prise en charge des personnes souffrant de dépression. Il a été expérimenté pour la première fois avec succès à Nürnberg. Durant la phase pilote, les premiers résultats

ont été prometteurs et le taux de suicide a reculé. Le projet d'élargissement de ce modèle d'action est également soutenu par le Ministère allemand de la recherche. Cette offre inclut des matériels d'information éprouvés, le transfert du savoir et la coordination pour l'introduction du programme d'action. Ce dernier tente, par des interventions parallèles à quatre niveaux, d'améliorer la détection précoce et le traitement des malades dépressifs. L'élargissement a commencé en 2003 et touche de nombreuses régions d'Allemagne et d'Europe. En juillet 2003, le canton de Zoug a fait démarrer le projet pilote „Zuger Bündnis gegen Depression“ en introduisant le programme allemand d'action. Stratégiquement, le projet bénéficie d'un large soutien dans le canton. Sa présidence est assumée par Madame Brigitta Kühne-Waller tandis que sa gestion opérative / administrative a été confiée à l'organisation d'entraide Equilibrium. Cette dernière est également le partenaire contractuel de l'Alliance allemande contre la dépression. En tant qu'organisation suprarégionale, Equilibrium garantit la continuité et une extension possible du projet dans d'autres régions de Suisse. [www.depressionen.ch](http://www.depressionen.ch)

En collaboration avec la CDS, élaboration d'un tarif modèle de financement des traitements ambulatoires et hospitaliers centrés sur les personnes. Ce tarif modèle est limité dans le temps.

- Objectif: afin de remédier aux désavantages structurels des soins ambulatoires, il s'agit de développer des projets modèles assortis d'un mode de financement spécial. Un tarif modèle limité dans le temps doit offrir aux prestataires de soins la possibilité de réaliser sans subir des pertes financières des interventions de psychiatrie orientée vers les soins communautaires. En même temps, il s'agit de fournir la preuve que des modèles de soins intégrés dans la communauté tiennent mieux compte des besoins et conduisent à de meilleurs résultats thérapeutiques. Le professeur Brenner, des services psychiatriques de l'Université de Berne, élabore les conditions-cadres du tarif modèle.

Assurer le financement des soins infirmiers psychiatriques ambulatoires

- Objectif: les soins infirmiers psychiatriques et psycho-gériatriques ambulatoires continuent à être remboursés, conformément à l'art. 7 OPAS de l'assurance obligatoire des soins. Des représentants de la FMH, de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie, de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (Spitex), de Cura viva et de l'Association suisse des infirmières et infirmiers préparent, en collaboration avec des experts, une proposition quant à la poursuite du financement des soins infirmiers psychiatriques ambulatoires et adressent une requête correspondante à l'OFSP (qui comprend nouvellement la division Assurance Maladie). Les organisations concernées s'efforcent, dans l'intervalle, de chercher une solution transitoire avec santésuisse en ce qui concerne les cas litigieux.



#### 4. Comité consultatif

Le processus de développement a été accompagné par un Comité consultatif (voir ci-dessous la liste des membres). Le groupe noyau « Santé psychique » a soutenu la direction du projet Politique nationale suisse de la santé par des impulsions d'ordre professionnel et administratif. Il a débattu du présent rapport sur les stratégies durant neuf séances.

Les données de base servant à planifier les offres de soins intégrés ont été développées en étroite collaboration avec la CDS et en faisant appel à d'autres spécialistes. Les résultats sont consignés dans le rapport *Offres de prise en charge psychiatrique : problèmes et recommandations* de Niklas Baer, Theodor Cahn, Hans Dietrich Brenner et Wilhelm Felder, 2003 . Publié sous [www.santenationale.ch](http://www.santenationale.ch) et Annexe II ci-après.

##### **Membres du groupe noyau « Santé psychique »**

Dr. phil. Niklas Baer, collaborateur scientifique, services psychiatriques, canton de Bâle-Campagne

Jürg Gassmann, avocat, secrétaire central de Pro Mente Sana

Dr. pharm. Salome von Greyerz, cheffe de la section Santé et recherche, OFSP

Dr. med. Hans Kurt, président de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie / Foederatio Medicorum Psychiatricum et Psychotherapeuticum (FMPP)

PD. Dr. phil. Peter C. Meyer, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

Dr. med. Jean-Pierre Papart, Genoud Actions en Santé Publique, Genève

##### **Membres du groupe d'experts ad hoc « Offres de soins intégrés »**

Richard Aeschlimann, lic. phil., chef du service de la santé, canton de Zoug

Dr. phil. Niklas Baer, collaborateur scientifique, services psychiatriques, canton de Bâle-Campagne

Johann Binder, lic. phil., chef du service de psychiatrie, direction de la santé et de l'aide sociale du canton de Berne

Prof. Dr. med. Wilhelm Felder, vice-président de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie de l'enfance et de l'adolescence

Prof. Dr. med. François Ferrero, Hôpitaux universitaires de Genève

Prof. Dr. med. Patrice Guex, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois

Dr. med. René Raggenbass, Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP)

Dr. med. Hanspeter Wengle, chef de la clinique psychiatrique cantonale de Wil

##### **Ont collaboré au processus de manière permanente :**

Sabine Gurtner, lic. phil. I, assistante de projet, Politique nationale suisse de la santé

Philippe Lehmann, lic. sc. pol., chef de projet Politique nationale suisse de la santé

Regula Rička, PhD, MPH, chargée de projet Politique nationale suisse de la santé

Roland Unternährer, lic. sc. pol., collaborateur scientifique, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Franz Wyss, lic. rer. pol., secrétaire central, CDS

Monika Graser, collaboratrice spécialisée, Politique nationale suisse de la santé

## **Annexe II**

### **Offres de prise en charge psychiatrique: problèmes et recommandations – un rapport d'expert du groupe ad-hoc « Offres de soins psychiatriques intégrés » : N. Baer, Th. Cahn, H.D. Brenner, W. Felder**

#### **1. Situation actuelle**

La notion de « prise en charge psychiatrique » englobe les structures institutionnelles ainsi que le nombre et la qualité des offres de prestations dans le domaine psychiatrique, à l'aide desquelles on satisfait professionnellement au besoin d'assistance de personnes souffrant de troubles psychiques et psychosociaux.

L'âge souvent précoce d'apparition de la maladie et le déroulement chronique fréquent des troubles psychiques entraînent de multiples conséquences, que ce soit sur la santé ou de nature sociale, juridique et économique, avec un besoin d'aide à la clé. Cela signifie que la psychiatrie, plus que tout autre domaine médical, est tributaire de la coopération et de différents domaines de prise en charge. La prise en charge psychiatrique est dès lors garantie non seulement par des services spécialisés résidentiels, semi-hospitaliers et ambulatoires ou cabinets privés, mais elle suppose en même temps la coopération doublée de prestations de services de domaines apparentés relevant de la santé, de l'aide aux handicapés et du social, de la protection de l'enfance, de l'assistance aux personnes âgées ainsi que des instances de justice et police.

Il incombe aux cantons d'assurer la prise en charge psychiatrique au sens étroit du terme. Les conceptions cantonales en la matière se distinguent entre elles par le volume et les structures de l'offre. Si l'on peut observer une certaine convergence dans la conception fondamentale des différentes planifications cantonales de la psychiatrie au cours des dernières années, force est pourtant de constater que la Suisse ne dispose ni d'une politique nationale de la psychiatrie, ni d'une stratégie commune ni de principes obligatoires. L'absence de normes communes spécifiques et de politique de la psychiatrie – tenant compte des différences cantonales et régionales – a non seulement donné lieu à des modèles de prise en charge variant d'un canton à l'autre, mais encore favorisé un fractionnement accru des bailleurs de fonds et des fournisseurs de prestations. Dicté politiquement, juridiquement et financièrement et manipulé avec toujours plus de rigueur, le découpage des compétences avec leurs mécanismes de tarification et de subvention différents suivant les cas empêche que des organisations d'assistance et des processus de traitement liés aux personnes et conformes aux besoins ne puissent fonctionner au sens d'une couverture centralisée. La prise en charge psychiatrique et, par définition, son large éventail des tâches se trouvent particulièrement affectés par ce fractionnement.

Tant le sous-projet « Santé psychique » de la Politique nationale suisse de la santé (PNS) que le groupe de travail « Planification hospitalière » de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) ont par conséquent demandé que soient élaborées des recommandations concrètes concernant la planification de structures d'offre psychiatrique en Suisse. Ce faisant, il s'agirait de prendre tout particulièrement en compte l'intégration mutuelle de ces structures. Le groupe d'experts ad hoc institué à cet effet, comprenant des responsables de la planification de plusieurs cantons, s'est vu attribuer le mandat de projeter un ensemble de connaissances afin de planifier les structures d'offre psychiatrique et, partant, d'observer en particulier les points suivants :

- Identifier les lacunes au niveau de la prise en charge et prendre des mesures
- Identifier l'inégalité face à l'accès aux prestations psychiatriques et prendre des mesures
- Remédier à la stigmatisation des malades psychiques.

La situation actuelle de la prise en charge psychiatrique doit être évaluée dans l'optique de l'évidence scientifique et de principes directeurs fondamentaux régissant la politique à suivre en psychiatrie sur le plan international.

## 2. Principes directeurs de réformes internationales de la psychiatrie

Au cours des 50 dernières années, l'on a soumis à de vastes réformes la prise en charge de la psychiatrie qui, jadis, en Europe comme aux Etats-Unis et en Australie, était inefficace et n'avait strictement pour objet que la vie végétative, avec pour but de sortir de leur torpeur la grande population de malades de long séjour et d'en améliorer l'intégration sociale ainsi que leur qualité de vie. Certains pays ont plus ou moins tardé, et avec une intensité variable, à engager ce processus de désinstitutionnalisation, certaines principes directeurs ayant cependant eu un impact général<sup>1</sup> :

- Mise en place d'un système de prise en charge conforme aux besoins
- Mise en place d'un système de prise en charge proche de la collectivité
- Mise sur un pied d'égalité des malades psychiques et physiques sur les plans juridique, financier et social
- Coordination, coopération ainsi que continuité conceptuelle et du suivi dans le cadre des systèmes de prise en charge.

L'expérience faite au cours des dernières décennies a montré que la désinstitutionnalisation a permis d'apporter de notables améliorations dans l'intégration sociale et la qualité de vie des malades psychiques là où les ressources financières libérées à la suite de la suppression de lits ont été effectivement réinvesties dans les

---

<sup>1</sup> Rössler W. et Salize HJ. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker : Daten, Fakten, Analysen (La prise en charge psychiatrique de malades psychiques chroniques : données, faits, analyses). Baden-Baden, Nomos Verl.-Ges., 1996.

---

soins semi-hospitaliers et ambulatoires et où, dans le même temps, il a toujours été possible de recourir à des soins résidentiels performants.

Les conditions de vie des malades psychiques aigus et chroniques se sont dans l'ensemble améliorées à maints égards. Grâce à un soutien médicamenteux et un suivi professionnel, la plupart vit en dehors du milieu hospitalier, s'adonne à une certaine activité et se prend en charge elle-même. Force est pourtant de constater que, même en Suisse, les principes directeurs cités concernant l'orientation des besoins, la proximité de la collectivité, l'égalité, la coordination, la coopération et la continuité n'ont été que partiellement satisfaits. Cela est dû, d'une part, au fait que la réalisation d'une infrastructure conforme à l'un de ces critères s'achoppe aujourd'hui plus que jamais à des conditions-cadre et des mécanismes de régulation financiers et juridiques allant à fin contraire. D'autre part, ces principes directeurs centraux de la prise en charge doivent aujourd'hui être satisfaits par des contenus en partie nouveaux, en phase avec l'état actuel des connaissances et les conditions sociales modifiées.

La différenciation de l'offre, les développements de la branche psychiatrique, les mutations du cadre politique, légal et social ainsi que le recours accru aux prestations de l'assurance sociale sous le régime de la LAMal et de l'AI, lancent de nouveaux défis à la planification de la prise en charge psychiatrique. C'est ainsi que l'on postule la différenciation et l'actualisation de principes de politique infrastructurelle, la définition des soins psychiatriques de base, la concrétisation de structures d'offre *intégrées* et ciblées sur le patient notamment aux interfaces de la psychiatrie, ainsi que l'adaptation des mécanismes de financement et des incitations tarifaires.

Une concrétisation de structures d'offre intégrées, c'est-à-dire imbriquées et coordonnées, sous-tendue par une philosophie constante du suivi s'étalant sur une période prolongée, s'impose avant tout là où la clientèle n'est pas en mesure d'assumer cette intégration, même intérieurement. Il s'agit de patients dont on ne saurait attendre qu'ils recourent eux-mêmes aux aides adéquates, les coordonnent et s'en servent de manière durable. On entend par là le groupe des patients les plus vulnérables, à savoir les personnes atteintes de troubles graves et chroniques, en proie à de multiples désillusions et discriminations sociales, qui, au fil de leur maladie, se voient confrontés aux services et aux offres de prestations les plus diverses, et qui ont besoin d'une assistance psychiatrique d'une qualité supérieure à la moyenne pour ne pas sombrer dans la détresse. Selon un avis général, ces patients – dont le nombre annuel est estimé à 2 ou 3 % de la population, soit environ 10% des malades psychiques par année – constituent la principale clientèle des services psychiatriques publics. Ils nécessitent en effet une intervention durable, souvent pénible et laborieuse. C'est pourquoi ils courent sans cesse le risque de se voir privés de soins. En termes diagnostiques, il s'agit souvent de schizophrénies à évolution chronique et de profondes dépressions ainsi que de troubles de la personnalité ou encore d'évolutions gravissimes d'une dépendance (souvent concomitants).

Toutefois, la plus grande partie des malades psychiques est constituée par des personnes socialement (encore) intégrées et foncièrement aptes, psychiquement, à s'adapter. Ces personnes souffrent des troubles décrits plus haut et recourent temporairement à un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. Elles ont

---

besoin d'une offre de prestations ambulatoires suffisante, méthodologiquement différenciée et de bonne qualité, tout en étant moins tributaires d'un suivi conceptuel et personnel du traitement. En termes diagnostiques, il s'agit souvent de troubles névrotiques, par exemple de légères dépressions ou perturbations, d'angoisses ou de dysfonctionnements nutritionnels.

Le groupe des personnes qui ne sont plus que partiellement intégrées, voire déjà partiellement désintégrées, constitue un « groupe intermédiaire », qui a été négligé ces dernières années et qui n'apparaît que lentement dans la ligne de mire de la planification psychiatrique – parce que leur nombre a fortement augmenté. En termes diagnostiques, il s'agit là le plus souvent de cas de dépendance (à l'alcool), de patients atteints d'une grave affection post-traumatique ainsi que de groupes à risque tels que migrants, personnes âgées et personnes écartées de la vie active pour cause de maladie. Cette clientèle nécessite en particulier un dépistage précoce de qualité (prévention secondaire), un traitement précoce dans un environnement non stigmatisé, une réadaptation précoce efficace et spécifique ainsi qu'une intervention d'urgence rapide et de bon aloi, afin d'éviter autant que possible une évolution chronique et une désintégration sociale et professionnelle.

Lorsqu'il sera question ci-après à plusieurs reprises d'évolutions problématiques, à la base desquelles on dénote un manque d'intégration - désintégration des offres de prestations, des domaines spécialisés et des conceptions, des bailleurs de fonds ou des groupes professionnels -, la demande de structures de prise en charge intégratives devrait être examinée de manière pragmatique. L'expérience montre en effet que des visées d'intégration complète ne sont pas réalisables et qu'elles ne répondent d'ailleurs pas aux besoins des patients.

### **3. Lacunes d'infrastructure, problèmes et recommandations**

La mise au jour des lacunes et problèmes d'infrastructure se fonde essentiellement sur les résultats processuels du projet « Santé psychique » (résultats des symposiums et du groupe d'experts ad hoc concernant la planification des structures d'offres intégrées), sur le livre blanc des représentants des institutions universitaires psychiatriques<sup>2</sup> sur les données épidémiologiques et de prise en soins présentées dans ce rapport ainsi que sur l'évaluation de la prise en charge psychiatrique du canton de Bâle-Campagne<sup>3</sup>, laquelle est en quelque sorte représentative de la plupart des cantons.

---

<sup>2</sup> Livre blanc des représentants des institutions universitaires de la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent et de la médecine psychosociale. Situation actuelle et future du développement de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse, 2002.

<sup>3</sup> Rapport de la commission du projet. Planification subséquente II relative au concept psychiatrique du canton de Bâle-Campagne. Liestal, 2003 (à paraître).

---

**a) Principes directeurs recommandés pour la formulation de mesures spécifiques**

Pour formuler des recommandations générales, le groupe d'experts ad hoc institué par la PNS s'est inspiré des orientations suivantes :

**Objectifs**

1. Par une planification conforme aux besoins, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique du traitement, de la réadaptation et du suivi des malades psychiques doivent être garantis.
2. L'offre psychiatrique doit être adaptée à l'âge, au sexe, à la provenance et au statut socio-professionnel des patients.
3. Les soins psychiatriques de base doivent être assurés régionalement et rendus accessibles à la population.
4. La sécurité de la prise en charge doit être assurée conjointement par des fournisseurs de prestations tant publics que privés.
5. Des offres spéciales en faveur de groupes de personnes en nombre réduit doivent être planifiées et gérées sur le plan intercantonal.

De ces objectifs on peut déduire en résumé les recommandations suivantes s'agissant des problèmes généraux esquissés ci-dessus :

**Recommandations à caractère général**

1. En Suisse, la prise en charge psychiatrique est évaluée et documentée de manière appropriée (globalement ou par projet)
2. La notion de soins psychiatriques de base est actualisée et définie
3. La prise en charge de base est offerte dans un domaine de prise en soins défini
4. Les prestations en soins psychiatriques aux interfaces avec d'autres domaines de prise en charge sont définies et établies
5. Les services psychiatriques centraux apportent un soutien professionnel aux domaines décentralisés
6. L'offre psychiatrique ambulatoire et semi-hospitalière est développée conformément aux besoins
7. La continuité du suivi en cas d'évolution prolongée de la maladie est garantie
8. Le fractionnement de la prise en charge exigé du point de vue légal ou financier est compensé
9. Le traitement et la réadaptation sont réputés intégratifs, l'offre intégrée est préparée
10. La réadaptation englobe l'intervention et la réhabilitation précoces ainsi que des programmes au long cours
11. Les structures psychiatriques aux interfaces avec le monde du travail sont établies.

Les recommandations émises ci-après – pour autant que cela soit possible à l'heure actuelle – devraient venir s'insérer dans ces recommandations à caractère général.

## **b) Problèmes fondamentaux et recommandations**

On mentionnera ici certaines évolutions fondamentales qui suscitent de nombreux problèmes concrets au niveau de la prise en charge psychiatrique :

### ***Prise accrue en soins***

Comme dans d'autres secteurs professionnels de la santé publique, la prise en soins psychiatriques a augmenté de façon significative au cours des dernières décennies. Ainsi, le nombre des hospitalisations en cliniques psychiatriques et des rentes précoces allouées par l'assurance-invalidité pour cause de maladie psychique a pratiquement doublé pendant ce temps. Pour autant, on ne saurait en conclure que les maladies psychiques aient décuplé. En raison de leur fréquence connue de longue date, il faudrait plutôt parler d'une certaine déstigmatisation des maladies psychiques et d'un besoin de rattrapage – partiellement satisfait – en traitements et en réadaptation. Cette évolution ouvre en soi de nouvelles perspectives d'un traitement et d'une réadaptation précoces, mais elle s'achoppe à des structures d'accueil insuffisamment développées et intégrées mais aussi inefficaces, en particulier dans les domaines de la prévention, de l'intervention d'urgence, des structures d'accueil de jour et de la réintégration professionnelle.

A titre exemplatif, cette déficience est illustrée par le nombre sans cesse croissant de rentes de l'assurance-invalidité (AI) versées pour cause de maladie psychique : jusque-là les mesures d'insertion professionnelle de l'AI chez les malades psychiques ont eu relativement peu d'effet. De plus, ce groupe de personnes touche une rente à un âge particulièrement jeune et en bénéficie dès lors sur une durée prolongée. Ensemble, ces facteurs engendrent une croissance disproportionnée des rentes allouées pour cause de maladie psychique. Mis à part les facteurs du marché du travail, cette évolution est due à des entraves juridico-administratives et à l'absence de modèles d'intégration professionnelle tenant compte des exigences particulières des malades psychiques, aptes à réagir de manière efficace et spécifique sur la survenance de la maladie à un âge précoce.

**Recommandation 1:** La solution du problème est à rechercher non pas tellement au niveau de la prise en soins proprement dite, mais dans le pilotage de la prise en charge consécutif à des décalages structurels et financiers par rapport à la psychiatrie résidentielle aiguë. En revanche, la prise en soins psychiatriques ambulatoires et semi-hospitaliers devrait être développée de manière à obtenir des structures d'accueil préventives, consultatives, là où se trouve le patient, réadaptatives et d'urgence efficaces. Sur le terrain de l'AI, il faudrait lancer davantage de programmes-types professionnels. On s'attachera aussi à créer les incitations tarifaires (tarifs-modèles) et les bases légales nécessaires.



**Absence de référence dans l'offre de prise en charge décentralisée**

La décentralisation des offres de prise en soins psychiatriques de la clinique vers la collectivité, avec pour but une meilleure intégration des malades psychiques dans la société, constituait la principale préoccupation des réformes de la psychiatrie. Aujourd'hui, on a administré la preuve scientifique d'une efficacité élevée d'offres de structures proches de la collectivité, socialement intégrées et intégratives, comme par exemple des formes de logement autonome protégé, des possibilités de traitement de maladies aiguës intégrées à la commune comprenant des prestations d'accueil et de soutien ou encore des possibilités d'occupation sur le marché du travail en général. Il s'agira de développer à l'avenir aussi, par des moyens appropriés, de telles structures psychiatriques décentralisées qui ont fait leurs preuves.

En revanche, la décentralisation accrue a engendré des problèmes là où elle a conduit à des unités de prise en charge autonomes n'ayant pas atteint la dimension critique requise. En même temps que la perte d'une référence professionnelle et d'un pilotage communs, la faible dimension de telles unités mène à une stagnation. Par la perte de leur vocation institutionnelle, des structures d'accueil de taille réduite, non organisées en réseau, renforcent tendanciellement la chronicité des malades psychiques gravement atteints. Sont en particulier exposés à un tel risque les établissements de réadaptation (centres de réadaptation, ateliers protégés, résidences, centres de jour et réunions de loisirs), la prise en charge d'enfants et d'adolescents malades psychiques et handicapés (institutions pédagogiques spéciales), les services d'assistance aux personnes âgées (centres de jour, aide et soins à domicile), la prise en charge des personnes dépendantes (centres de thérapie pour toxicomanes, centres de consultation privés pour alcooliques).

La psychiatrie sociale était reconnue en son temps comme référence professionnelle. Du fait de la multiplication des délimitations entre l'assurance-invalidité et l'aide sociale, elle a pratiquement perdu de son influence. Les exigences concernant la coopération et la mise en réseau vont également croissant dès lors que le secteur institutionnel se différencie toujours plus des domaines psychiatriques spécialisés. Sans liaison structurelle définie et sans orientation conceptuelle, la coopération exigée s'impose de moins en moins dans un domaine de prise en charge.

**Recommandation 2:** Pour cette raison, il s'agirait de redéfinir aujourd'hui la prise en soins psychiatriques et d'ancrer structurellement sa liaison avec les unités décentralisées. En quittant l'optique du droit institutionnel et des assurances, les conditions-cadre légales et financières devraient être transformées en modèles de financement et de prestation liés aux personnes et conformes aux besoins.

### **Démédicalisation et « pédagogisation »**

En liaison avec le développement d'offres décentralisées, il y a lieu de citer un autre aspect qui, à l'instar de celui-ci, a une connotation à la fois positive et problématique, à savoir la démedicalisation et la « pédagogisation » accrue de prestations de psychiatrie sociale fournies jadis. *Démédicalisation* signifie ôter les structures de soins de la prise en charge médico-psychiatrique et remplacer les concepts psychiatriques par des concepts alternatifs, soit, aujourd'hui, notamment par des voies d'accès sociopédagogiques. Les progrès de ce développement résident dans une prise de conscience accrue des ressources des malades psychiques. L'orientation des ressources est en effet l'un des principaux moyens de promouvoir l'intégration sociale et la qualité de vie de l'individu.

L'orientation des ressources redevient cependant problématique là où les déficits dus à la maladie et la souffrance sont progressivement éliminés suite à la démedicalisation. A son tour, la polarisation des ressources et de la maladie touche les malades psychiques chroniques qui sont les principaux clients des homes, ateliers et centres de jour gérés actuellement le plus souvent selon les principes de la pédagogie sociale. Une réflexion purement pédagogique conduit à une prise en charge déficitaire si l'on peine à comprendre la maladie et la souffrance et si elles ne sont soulagées. L'amélioration du statut des malades psychiques et leur qualité de vie impliquent une compréhension intégrative des compétences et des déficits.

**Recommandation 3:** L'efficacité de ces équipes multiprofessionnelles est prouvée en psychiatrie de l'adulte, par exemple dans les cliniques de jour, en particulier par des programmes-modèles de prestations complexes soutenus par des cliniques de jour et incluant des prestations de réadaptation et de psychiatrie aiguës. C'est pourquoi il convient de promouvoir et de financer des équipes multiprofessionnelles également dans les unités de réadaptation, comme dans tous les autres domaines psychiatriques. La coopération entre différentes catégories professionnelles doit répondre aux exigences et aux normes psychiatriques de maladies psychiques graves et chroniques.

### **Fractionnement des compétences**

Sous l'influence de la dissociation accrue des compétences légales et financières, la décentralisation et la démedicalisation des soins psychiatriques conduit à un système de prise en charge fractionné qui va à l'encontre des exigences en matière de traitement des malades psychiques, notamment chroniques.

La démonstration peut en être faite à l'exemple de la réadaptation psychiatrique, caractérisée, en raison de conditions-cadre inappropriées et malgré une offre institutionnelle étendue et un engagement important des ressources, par un manque d'efficience et par une stagnation professionnelle. Une dissociation inadmissible des maladies et des handicaps chez les malades psychiques, et par là une stricte délimitation entre l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité, tout comme les

compétences dévolues à des départements cantonaux différents, ont favorisé au niveau institutionnel un clivage entre structures psychiatriques, psychothérapeutiques et réadaptatives. Cette désintégration est en contradiction avec les besoins des patients et l'état des connaissances. Une comparaison entre les exigences professionnelles et les structures disponibles en réadaptation ou dans le domaine des handicapés le démontre de manière évidente<sup>4</sup> :

<b>Patient</b>	<b>Structures de prise en charge</b>	
	<b>Structure requise</b>	<b>Structure disponibles</b>
<b>Problématique – exigences</b>		
Fractionnement psychique	Procédure intégrée au long cours	Système de prise en charge fractionné
Evolution variable	Continuité des relations, des concepts et du financement	Petites unités dissociées les unes des autres; financement fractionné géré par l'administration
Sujétion aux crises Tendance à fuir Tendance à se retirer	Intervention d'urgence en lien avec la réadaptation à différents niveaux. Les programmes de réadaptation peuvent être réutilisés de manière répétée après des situations de crise ou des absences Suivi ou aide et soins à domicile avec une intensité modulée.	Les prestations de psychiatrie aiguë ne sont en général pas coordonnées avec le système de réadaptation. Les mesures AI sont sélectives et ne sont guère répétitives. La compétence et le financement restent indéterminés pour des interventions plus intensives.
Risque de marginalisation chez les jeunes	Intervention rapide de la réadaptation, sans allocation préalable d'une rente. Approche spécifique des caractéristiques et des besoins de développement	Conditions d'accès exigeantes aux mesures AI. D'autres unités exigent le versement d'une rente : la rente est imposée. Une longue procédure fait perdre beaucoup de temps.
Risque de stagnation à un mauvais niveau de fonctionnement	Unités de réadaptation orientées vers le développement et de composition multiprofessionnelle	Petites unités orientées vers les soins sans perspectives professionnelles
Problèmes relationnels, d'image de soi et de confiance en soi (le plus souvent aigus)	Accompagnement psychothérapeutique en contact étroit avec le travail de réadaptation	La psychothérapie et la réadaptation s'ignorent généralement. Le recours à la psychothérapie est insuffisant.
Promouvoir les ressources est chose normale	Insertion si possible dans son environnement primaire (poste de travail habituel, propre appartement, etc.)	Peu de programmes pertinents. Possibilités de suivi problématiques.
Approche différenciée de handicaps spéciaux	Programmes spécifiques aux troubles	Offre existante en psychiatrie, mais peu de possibilités de rétroaction avec le travail de réadaptation.

---

<sup>4</sup> Cahn T. Problèmes structurels des offres de réadaptation psychiatrique. Exposé tenu lors de la journée de travail « Réadaptation et intégration sociale de malades psychiques chroniques » du projet Politique nationale suisse de la santé. Berne, le 20 mars 2003.

---

Le fractionnement des domaines de prise en charge mène à des interventions tardives et réduit l'efficacité des mesures, faute de perspectives et de connaissances professionnelles des autres domaines de prise en charge. Cela est non seulement coûteux en termes d'économie publique. Ainsi, l'évaluation de la statistique des cliniques psychiatriques en Suisse<sup>5</sup> et l'analyse de celle de la Clinique psychiatrique de Bâle-Campagne montrent que les personnes actives attestent généralement des hospitalisations plus courtes. D'autre part, on a pu démontrer pour Bâle-Campagne que, premièrement, cette constatation est valable indépendamment de la gravité de la maladie et, deuxièmement, que les personnes actives perdaient leur emploi en cours d'hospitalisation dans un tiers des admissions. Cela témoigne de la nécessité d'un rapprochement des structures de la psychiatrie aiguë et de la réadaptation.

Chez les malades psychiques, le fractionnement des bailleurs de fonds mène à des discriminations structurelles. Cela se démontre à l'appui du financement des mesures d'insertion par l'AI. En réadaptation, l'AI part d'une rééducation linéaire et continue et d'une capacité physique durablement améliorée de la personne handicapée, comme cela peut survenir lors d'infirmités physiologiques après un accident. Dans le cas de la réadaptation des malades psychiques, il faut compter avec des processus complètement différents : la maladie chronique elle-même et, avec elle, une certaine vulnérabilité demeurent même en périodes de stabilité. Il s'ensuit des craintes, des crises, de l'incertitude (même chez les accompagnants) et, par voie de conséquence, de nombreuses fluctuations des capacités physiques et intellectuelles. Les handicapés psychiques ont besoin de mesures flexibles, répétitives, souvent immédiates, et surtout de résister au processus de réadaptation sur une longue période. Le système consistant à choisir ou l'insertion ou une rente est discriminatoire pour un malade psychique, dans la mesure où il se voit privé du cadre d'une insertion fructueuse, favorisant par là une résignation qui compromet a priori toute démarche vers l'autonomie.

**Recommandation 4:** Les conditions-cadres légales et financières (LAMal et AI) seront adaptées aux particularités des malades psychiques. Cela exige une flexibilisation au niveau de la dissociation actuelle entre le statut d'une rente ou de mesures d'insertion, le financement d'une promotion professionnelle illimitée dans le temps, la prise en compte intégrative d'interventions thérapeutiques, sociales et professionnelles auprès de la clientèle connaissant des problèmes psychologiques, l'encouragement de programmes-modèles proches du marché et, enfin, le financement rapide et administrativement non compliqué de mesures destinées à une réadaptation précoce.

Enfin, il serait imaginable de créer une instance centrale spécialisée – seule solution envisageable aux yeux des patients –, chargée de clarifier les besoins de promotion, de projeter un plan de réadaptation en collaboration avec le patient, de financer les démarches nécessaires et, enfin, d'organiser, même après coup, les contributions à

---

<sup>5</sup> Christen et Christen. Analyse der Basisdaten stationärer psychischer Behandlungen (Analyse des données de base des traitements psychiques en milieu hospitalier). 2003.

---

verser par les différents bailleurs de fonds. Des modèles dans ce sens sont actuellement expérimentés en Allemagne.

### ***Collaborations aux interfaces avec le système de santé en général***

La psychiatrie est tributaire de collaborations performantes – au sens de liaisons institutionnalisées – avec un grand nombre de prestataires de soins médicaux généraux, ainsi avec des hôpitaux généraux, des foyers pour enfants et adolescents, des établissements médico-sociaux, des services d'aide et de soins à domicile et des cabinets de médecin de famille. Une grande partie des malades psychiques ne se soumet pas directement à un traitement psychiatrique mais passe d'abord par un cabinet de médecin de famille ou par un hôpital général. Pour le patient, ces contacts avec les soins somatiques de base sont la plupart du temps empreints d'émotion et représentent ainsi une chance de pouvoir se soumettre à un examen et un traitement psychiatriques qualifiés. L'étude à laquelle s'est livré le canton de Bâle-Campagne montre toutefois ce qui suit : Une telle chance est somme toute assez rare, excepté dans des situations d'urgence impliquant des patients souffrant de troubles ou de maladies psychiques, et cela bien que les médecins somatiques soient parfaitement conscients des problèmes psychiques. En particulier, l'aiguillage des patients vers les spécialistes en psychiatrie diminue à mesure que leur âge augmente. Des problèmes similaires se retrouvent d'ailleurs dans la prise en charge des alcooliques. Si les centres pour alcooliques ne sont pas suffisamment bien dotés de structures psychiatriques et médicales (hôpitaux, médecins de famille), la qualité de la prise en charge spécialisée de ces patients-là s'en ressentira. Cela pose d'ailleurs un problème de politique de santé important eu égard à la propagation de l'alcoolisme et ses nombreuses implications tant physiques que sociales.

Cette nécessaire liaison est aussi évidente dans les soins gériatriques : dès lors que la responsabilité des soins et du suivi des personnes âgées a été déléguée aux communes, comme dans le canton de Bâle-Campagne, il faut s'attendre au niveau des soins gériatriques – en l'absence de soutien psychiatrique – à des déficiences marquées au niveau de la prise en charge des personnes âgées souffrant d'une maladie psychique. Ainsi, selon deux enquêtes complètes réalisées auprès des établissements pour personnes âgées du canton de Bâle-Campagne avec ses quelque 2'100 pensionnaires dans les années 2000 à 2002, 40% d'entre eux souffrent d'une maladie psychique, dont seuls 10% font l'objet d'un traitement psychiatrique. Dans le même temps, la moitié des pensionnaires reçoit chaque jour des neuroleptiques et/ou des antidépresseurs, 40% des tranquillisants. Le taux élevé d'utilisation de psychotropes en institution est dû essentiellement à la proportion de pensionnaires infirmes moteur cérébraux et atteints de troubles du langage, par établissement. Seuls 3% des soignants disposent d'une formation psychiatrique quelconque. A l'instar de l'aide et des soins à domicile, les conséquences d'une absence de formes de coopération institutionnalisées sont évidentes. Dans les cantons ne disposant ni d'institutions psychiatriques soutenues par un hôpital, ni de services gérontopsychiatriques de forme quelconque, les conditions devraient être similaires.

Aujourd'hui, on constate d'une manière générale qu'une présence psychiatrique défaillante aux interfaces conduit obligatoirement à une inégalité des chances dans l'accès au traitement des groupes de malades psychiques dont on ne peut a priori reconnaître une motivation spontanée à se soumettre à un traitement psychiatrique. C'est aujourd'hui encore le cas chez les personnes âgées, de même que chez les patients alcooliques ou chez les migrants, p. ex. ceux atteints de dysfonctions de type somatique.

**Recommandation 5:** La présence psychiatrique dans le système de santé en général est renforcée et complétée par du personnel psychiatrique dans les institutions du domaine social. De plus, il faut obtenir une spécialisation psychiatrique et un développement des services qui assurent le suivi de groupes de personnes nécessitant des soins psychiatriques à large spectre et dont les chances d'accéder à un traitement spécialisé sont réduites (création de services gérontopsychiatriques, professionnalisation du suivi de patients alcooliques et développement de grands axes spécifiquement migratoires).

#### **Développement spécifique et spécialisation de l'offre de prestations**

L'abandon du gardiennage, la déshospitalisation des malades chroniques et handicapés mentaux ainsi que le développement d'une prise en charge décentralisée ont rendu possible une différenciation de l'offre psychiatrique en Suisse. Cela correspond à l'évolution internationale vers une prise en charge institutionnelle différenciée de certains groupes de patients (enfants et adolescents, personnes âgées, toxicomaniaques, délinquants souffrant de troubles ou de maladies psychiques, ou en liaison avec une comorbidité physique) et mène à une différenciation plus poussée des méthodes de traitement face à différents problèmes.

En Suisse, une spécialisation plus pointue s'est opérée notamment dans les centres psychiatriques universitaires. Mises à part la psychiatrie générale de l'adulte et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les centres en question recouvrent aujourd'hui la psychiatrie des toxicomanies, la gérontopsychiatrie ainsi que des services psychosomatiques et de psychiatrie pénitentiaire. En milieu clinique, il existe en outre d'autres spécialisations, p. ex. division psychothérapeutique, divisions pour dépressions, etc.. Ces spécialisations existent en partie aussi et dans une mesure variée dans les régions de prise en charge non universitaires.

Cette différenciation institutionnelle a été accélérée par le développement rapide des soins psychiatriques spécialisés, et notamment de la psychiatrie neurobiologique. En pratique clinique au quotidien, les procédés d'imagerie diagnostique et un traitement médicamenteux différencié ont gagné en importance. Dans le contexte universitaire, des programmes de traitement manualisés et spécifiques aux dysfonctionnements ont été développés sur la base de modèles cognitifs et comportementaux, p. ex. pour traiter les angoisses, les contraintes et les dépressions.

Les méthodes de traitement de plus en plus spécifiques et définies, le renforcement de la recherche empirique et des systèmes de preuve empirique de l'efficacité, ainsi que les exigences accrues en matière de qualité contribuent à faire en sorte que la branche continue à se développer en direction de la spécialisation.

Les progrès réalisés au sens d'une offre différenciée de procédés de spécialisation s'accompagnent d'un double problème. Premièrement, on court le risque de voir la psychiatrie générale n'être encore considérée que comme un reliquat des différentes spécialisations. Or cela induirait de nombreuses conséquences négatives : stagnation professionnelle, moindre attrait pour la relève professionnelle, déficiences au niveau de la prise en charge du patient.

Là, se pose la question de savoir s'il est opportun de continuer à définir la psychiatrie en général comme une spécialité médicale (analogue à l'ophtalmologie) puisqu'elle est tout de même comparable, de par son ampleur, avec la médecine interne qui comprend la médecine interne générale (internistes) et des (sous-)spécialisations (cardiologie, etc.).

En revanche, il incombe à la psychiatrie générale, clé de la prise en charge de base, de garantir la continuité de la profession ; elle a besoin à cet effet de structures et de concepts afin de préserver le statut élevé de la profession. A défaut d'un tel statut, les patients seront peu nombreux à profiter durablement de traitements et de programmes spécialisés. Une étude réalisée dans la région bâloise sur la qualité de vie des malades psychiques et leurs familles montre à quel point, aux yeux du patient, le statut revêt une importance primordiale en matière de qualité de vie et d'épanouissement personnel<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Baer N, Domingo A, Amsler F. Diskriminiert – Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. (Discriminés – Entretiens avec des malades psychiques et des proches à propos de la qualité de vie. Présentation, analyse, conséquences. ) Bonn, Psychiatrie-Verlag, 2003.

---

**Recommandation 6:** La psychiatrie et la psychothérapie générale de l'adulte, et avec elles la réadaptation psychiatrique, sont définies comme étant la clé des soins psychiatriques de base, tout en étant pourvues d'un profil de prestation spécifique ainsi que de principes de travail spéciaux. Elles englobent le traitement et le suivi des adultes atteints d'une maladie psychique - toutes couches de la population et tous diagnostics confondus -, aussi bien en phase aiguë qu'en évolution chronique. En collaboration avec la médecine somatique, elles coordonnent, dirigent et accompagnent l'aide sociale et les instances de l'AI. La psychiatrie générale en tant qu'assistance de base atteste le profil de prestation suivant : accès rapide et non sélectif aux soins, diagnostic clinique, collaboration avec des services psychiatriques spécialisés, coordination du suivi, intervention d'urgence et traitement aigu, traitement au long cours, y compris prophylaxie des séquelles, réadaptation précoce et préparation de mesures de réadaptation spécifiques, soutien de la famille et promotion de l'aide du profane. Font partie de ses principes de travail : mise sur pied de relations thérapeutiques continues et soutenues, conception individuelle du traitement dans un cadre thérapeutique flexible, intégration de plusieurs méthodes de traitement, aucune limite dans le temps, ainsi que transmission et coordination de prestations multiprofessionnelles.

#### **Assurance qualité**

Dans le domaine de la santé, les questions relatives à la qualité ont été systématiquement abordées en Suisse depuis 1990 environ. La loi révisée de l'assurance-maladie de 1994 prévoit une « garantie de la qualité » dont il appartient au Conseil fédéral de régler les modalités<sup>7</sup>. Celui-ci fait dépendre la garantie de la qualité de contrats conclus entre fournisseurs de prestations et assureurs<sup>8</sup>. Cette disposition est ancrée depuis 1998 dans un contrat passé entre H+ et santésuisse pour le domaine des soins résidentiels. Il règle le développement échelonné de l'assurance qualité et requiert des hôpitaux l'introduction d'un système de gestion de la qualité. S'agissant des institutions pour handicapés subventionnées par l'Office fédéral des assurances sociales, la subvention dépend de l'établissement de systèmes d'assurance qualité.

Le fait que le traitement et la réadaptation soient soumis davantage à un examen de leur qualité peut être qualifié de progrès important. En médecine, des critères de succès épidémiologique et statistique et des méthodes d'examen quantitatif standardisées se sont imposés (« evidence based medicine »). Cela a eu pour effet de matérialiser et d'accélérer la discussion sur les avantages et les inconvénients de différents modèles de prise en charge ou méthodes de traitement. Les méthodes quantitatives, quant à elles, constituent également un instrument d'évaluation significatif et indispensable.

Le problème, là encore, est dû au fait que la qualité se définit aujourd'hui uniquement en fonction de la quantité. Des critères quantitatifs ne permettent pas de comprendre quelles sont les expériences faites par des personnes malades ni quelle satisfaction ou

---

<sup>7</sup> Art. 58, chiff. 1 LAMal

<sup>8</sup> Art. 77 OAMal (Ordonnance d'application de la LAMal, 1995)



quel bien-être elles retirent du traitement. En pratique, il existe cependant un inconvénient, dans la mesure où ces méthodes ne permettent guère d'illustrer les processus relationnels déterminants ni la complexité d'évolutions au long cours. Ainsi, les procédures à long terme à orientation relationnelle, qui s'avèrent particulièrement importantes pour le domaine psychiatrique principal, sont largement préférentielles.

**Recommandation 7:** Pour ces raisons, on prendra aussi en compte des critères qualitatifs et des études lors de la formulation de directives professionnelles et financières percutantes. Aujourd'hui, la mesure des résultats en psychiatrie se trouve dans une première phase probatoire et la disponibilité à se soumettre à un examen qualitatif est encore très grande. Afin de préserver cette ouverture, de nouvelles recherches et de nombreuses évaluations seront indispensables avant de pouvoir comparer entre elles, au sens d'un benchmarking, des institutions à l'appui d'un bagage de connaissances suffisant. Ce qui est particulièrement critique, c'est d'évaluer des paramètres de satisfaction qui visent avant tout à un but légitime mais sans effet quelconque sur l'assurance qualité.

S'agissant des handicapés (selon l'AI), les critères de qualité sont encore davantage axés sur des critères administratifs et microéconomiques que dans le domaine de la santé (selon la LAMal), sans lien avec les connaissances scientifiques et méthodologiques disponibles. C'est justement en réadaptation que l'élaboration de standards professionnels s'impose d'urgence, moyennant réduction des charges administratives très élevées pour les formalités de l'assurance qualité qui, en fait, n'apportent pas grand-chose en termes de nouvelles acquisitions.

Au chapitre des handicapés, l'absence d'un transfert de savoir entre la recherche et la pratique constitue un problème essentiel en Suisse. Les institutions pour handicapés sont ici encore particulièrement sujettes à la primauté de la pratique, et il ne faut guère s'attendre à des résultats prometteurs de la recherche en raison de la dissociation de la psychiatrie ancrée scientifiquement, à moins que tel ne soit le cas avec un retard de plusieurs années. Or cette situation ne devrait guère changer par le redoublement des efforts de recherche déployés par les hautes écoles du domaine des professions sociales, car une profusion du savoir dont on a besoin provient de la recherche psychologique et psychiatrique. D'autre part, des connaissances pratiques ne rejaillissent guère sur les institutions universitaires.

**Recommandation 8:** Sont encouragés des projets servant à explorer et à tester des standards professionnels judicieux en réadaptation psychiatrique, par exemple par le biais d'un programme du Fonds national. A cet égard, on prendra en compte prioritairement la recherche psychiatrique et psychologique disponible et ses implications pour la pratique réadaptative. Le transfert de savoir entre la recherche et la réadaptation est encouragé de manière appropriée et durablement.

### **Mesures de contrainte**

Des mesures de contrainte sont prises dans différentes disciplines et situations et font partie du quotidien médical. On peut distinguer deux types de mesures de contrainte : celles liées à des situations d'urgence psychosociale chez les adultes, les enfants, les adolescents et chez les personnes âgées désorientées et celles liées au domaine somatique. Numériquement parlant, les mesures de contrainte s'imposent le plus fréquemment dans le domaine de la psychiatrie. Ce sont en premier lieu les institutions psychiatriques publiques, qui traitent et suivent les malades psychiques graves et chroniques, qui sont concernées. C'est pourquoi nous consacrons ci-après quelques paragraphes aux problèmes que soulèvent les mesures de contrainte.

Toutes les mesures de contrainte prises en lien avec un traitement psychiatrique représentent toujours une atteinte grave aux droits fondamentaux – protégés par la Constitution – de la personne concernée. Ceux-ci comprennent en particulier le droit à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement. A chaque limitation de la liberté (par ex. « hospitalisation forcée ») et à chaque atteinte à l'intégrité corporelle (par ex. « traitement médicamenteux non volontaire »), il s'agit de mesures de contrainte médicales qui ne sont autorisées qu'en vertu d'une base légale (conditions légales spéciales de la privation de liberté à des fins d'assistance selon l'article 397 a du Code civil suisse). Il faut appliquer des critères d'assurance qualité très stricts (voir aussi le projet de directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) concernant les mesures de contrainte en médecine.). En principe, il s'agit de prendre toutes les dispositions possibles qui permettent d'éviter les mesures de contrainte et avant de franchir ce pas, il faut avoir épuisé toutes les alternatives de traitement moins radicales offrant une chance de succès.

Les mesures de contrainte médicales nécessitent impérativement une prescription médicale. Ce n'est que dans des situations particulières et exceptionnelles que les membres d'une équipe de traitement peuvent recourir à des mesures de contrainte (à l'exception de traitements non volontaires) sans qu'elles aient été préalablement ordonnées par un médecin. Celui-ci doit cependant être consulté aussi vite que possible ; il vérifie la pertinence des mesures et détermine ensuite la procédure à suivre. Lorsque des situations d'urgence se répètent, chaque crise doit faire l'objet d'une nouvelle appréciation. Il n'est pas admissible d'ordonner d'avance des mesures de contrainte. Le devoir d'information du médecin reste valable même en cas de mesures de contrainte. Des exceptions ne sont autorisées que s'il faut agir immédiatement et que le patient est incapable de discernement. Pour autant que et dès qu'il a recouvré sa capacité de discernement, le devoir d'information doit être respecté. Lors de l'exécution des mesures de contrainte, il faut créer un environnement aussi sûr que possible et protéger la sphère intime de la personne concernée. Le début et l'exécution des mesures de contrainte doivent faire l'objet d'une déclaration claire et compréhensible.

Il s'agit de documenter soigneusement toutes les mesures de contrainte afin de garantir une procédure correcte et qualitativement satisfaisante, de déceler d'éventuelles lacunes et de pouvoir y remédier ; il incombe aux responsables de

contrôler en permanence cette documentation. Celle-ci doit au moins contenir les éléments suivants: circonstances, motivation et base légale de la mesure ; date et durée de la contrainte exercée ; personnes responsables de la décision et de l'exécution ; type de contrôles effectués ainsi que date et contenu de l'information au patient. Différentes études ont confirmé que l'instauration d'une procédure administrative formelle s'est révélée être le facteur le plus important contribuant au succès des efforts de réduction des mesures de contrainte.

**Recommandation 9** : Il n'existe pas en Suisse de bases légales uniformisées concernant les mesures de contrainte. Celles-ci sont donc appliquées de manière différente et en fonction des us et coutumes de chaque institution. Il serait donc souhaitable de créer des bases légales uniformes applicables au niveau national. Aussi longtemps que cela n'est pas le cas, il faudrait dans la pratique respecter des principes et des procédures aussi uniformes que possible, comme ils sont fixés par les directives de l'ASSM qui paraîtront prochainement « Mesures de contraintes en médecine ». Dans toutes les institutions qui procèdent à des mesures de contrainte médicales, les voies de décision et les procédures suivies doivent être consignées par écrit et les responsables expressément nommés. En vue de garantir la qualité, les responsables doivent contrôler en permanence les documents concernant l'exécution des mesures de contrainte et les discuter avec les équipes de traitement.

### **c) Problèmes spécifiques, lacunes au niveau de la prise en charge et recommandations**

Ci-après on se bornera à évoquer en détail certains problèmes dont l'évidence au cours de la procédure d'évaluation de la PNS a été reconnue. Les problèmes brièvement énoncés ci-après sont à considérer dans l'optique des évolutions fondamentales mentionnées ci-dessus. De plus, on rappellera le document des représentants d'institutions universitaires de la psychiatrie qui fait un état des lieux tout en évoquant la situation en matière de prise en charge des toxicomanes, situation qui n'est pas abordée ici. Ci-après il est procédé à une articulation par groupes d'âge, à savoir la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie de l'adulte, y compris la réadaptation et la gérontopsychiatrie.

#### **Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence**

La psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence s'est développée au début du 20<sup>ème</sup> siècle et elle est issue de la psychiatrie de l'adulte et de la pédiatrie. En comparaison avec l'étranger, cette spécialisation a commencé assez tôt en Suisse à développer ses propres structures de prise en charge. Depuis 1957, la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence constitue une discipline spéciale avec son propre titre FMH et son propre règlement de formation postgraduée. Elle est enseignée par des professeurs ordinaires à Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich et dispose de 17 services cantonaux dotés de soins ambulatoires et d'établissements cliniques hospitaliers ou semi-hospitaliers. Grâce à ce développement précoce par rapport à d'autres pays européens et à des

systèmes de tarifs plus favorables, la Suisse dispose, par rapport à sa population, d'un nombre supérieur de psychiatres d'enfants et d'adolescents que les pays voisins. Mais ces chiffres ne sont cependant que peu significatifs parce que les offres de prise en charge non médicales ambulatoires et résidentielles (psychothérapeutes rattachés à des offices de jeunesse, foyers pédagogiques avec des médecins travaillant comme conciliateurs, etc.) sont plus largement répandues dans ces pays.

Déficit en places de traitement

Comparé à la psychiatrie de l'adulte, le développement tardif de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence a pour conséquence que l'offre n'est pas suffisamment étendue par rapport aux besoins. Cela concerne d'une part l'offre de traitements ambulatoires (cabinets privés de psychiatres de l'enfance et de l'adolescence, subsidiairement services cantonaux), avant tout en dehors des grandes agglomérations. Le nombre de places de traitement en hôpital n'est toujours pas suffisant en dépit du fait qu'il a augmenté dans plusieurs cantons ces dernières années et surtout, il est réparti régionalement de manière très inégale. Il y a absence totale de services de psychiatrie légale et pénitentiaire ainsi que de services pour les adolescents dépendants, psychologiquement malades et mentalement handicapés. Les patients de ces trois sous-groupes ne peuvent pas être pris en charge par des services généraux de psychiatrie d'enfants et d'adolescents. L'absence de telles places de traitement est encore aggravée par le fait qu'une fois le traitement terminé, les enfants ne peuvent pas être renvoyés à la maison faute d'un suivi valable ou en raison du risque de mauvais traitements qu'ils encourent, et parce que les places pédagogiques nécessaires ne sont pas disponibles. Cela explique qu'en moyenne la durée de séjour dans les cliniques psychiatriques pour enfants est trop longue.

**Recommandation 10:** L'ouverture de cabinets de psychiatres de l'enfance et de l'adolescence est encouragée et d'éventuelles restrictions d'établissement sont levées, ou ne sont pas prévues, surtout dans les régions périphériques. Des conventions devraient faciliter l'utilisation intercantonale d'unités ambulatoires et hospitalières. Dans les régions sous dotées, des services cantonaux ambulatoires doivent, à titre subsidiaire, être étendus. De plus, dans le secteur hospitalier, il importe de développer des possibilités d'intervention urgente décentralisées et proches du domicile du patient, dans des lieux qui ne le stigmatisent pas trop (hôpitaux, unités pédagogiques). Il faut prévoir, pour chaque région linguistique, une division de psychiatrie légale et pénitentiaire pour les adolescents ainsi que des offres spécialisées en milieu hospitalier pour les jeunes dépendants, psychologiquement malades et mentalement handicapés. Les structures sont adaptées de telle manière qu'au moins dans les foyers (écoles) subventionnés par l'Etat, les admissions puissent avoir lieu en cours d'année, et non pas seulement en début, afin que dans les cliniques psychiatriques pour enfants ne séjournent que les enfants qui ont effectivement besoin de ce traitement et non pas également ceux qui sont en attente d'un placement.

Pas de mise en réseau institutionnalisée

Des traditions régionales et locales différentes ont conduit au fait qu'il existe aujourd'hui de grandes disparités dans le développement des structures de psychiatrie de l'enfant, de pédagogie curative, psychologiques et socio-pédagogiques. La conséquence est que des enfants présentant des troubles identiques reçoivent, dans une région donnée, un traitement psychiatrique pour enfant et, dans une autre, des soins relevant de la pédagogie sociale ou curative. En fait, il n'est pas possible ni même nécessaire de gommer ces disparités régionales. En revanche, il est judicieux et indispensable de mettre en réseau les différents établissements qui s'occupent d'enfants et d'adolescents à problèmes. L'objectif de la coordination est d'améliorer la qualité du traitement et surtout de lui assurer une plus grande continuité: la présence à temps, en tant que conciliateurs, de psychiatres pour enfants et adolescents dans les établissements pédagogiques recueillant des adolescents dont le comportement pose problème et des handicapés permet de diminuer la fréquence des traitements psychiatriques hospitaliers et, par là même, de veiller à une meilleure continuité du traitement dans les établissements pédagogiques.

**Recommandation 11:** L'obligation de travailler en tant que conciliateur et d'accepter cette tâche doit figurer en bonne place dans le mandat de prestation de chaque institution psychiatrique subventionnée par l'Etat (psychiatrie de l'enfant, pédagogie curative), de même que les conséquences qui en découlent au niveau financier et de l'effectif du personnel.

Enfants et adolescents vivant dans des conditions psychosociales perturbées / enfants de requérants d'asile

Les enfants et adolescents qui vivent dans des conditions psychosociales défavorables et dans des familles désintégrées ont des besoins particuliers. Des enquêtes effectuées en 2001 par le canton de Bâle-Campagne montrent que pratiquement aucun enfant et encore moins des adolescents issus de familles désintégrées n'ont accès à des traitements psychiatriques privés. Il faut donc en conclure qu'un accès égal de tous les groupes de population à différentes unités spécialisées n'est pas garanti. Les causes de cet état de fait résident dans le manque d'information et de motivation des adolescents et dans l'organisation des cabinets privés. Par manque d'informations, ces familles fortement perturbées ne peuvent chercher aucune aide appropriée pour la bonne raison qu'elles ne savent pas ce qui est offert et où le trouver. Le manque de motivation conduit au fait que l'école ou les autorités leur imposent plus ou moins de nouvelles offres, ce qui implique beaucoup de services, et que leurs offres sont souvent accueillies à contre cœur par ces familles et perçues comme non recevables. Quant au médecin en cabinet privé, il ne tolère guère que des patients manquent leur rendez-vous sans s'excuser (sans parler d'une morale de paiement défaillante). C'est pourquoi ces familles « à multiples problèmes » doivent essentiellement être traitées dans des institutions étatiques. Il sera possible de mieux intégrer les psychiatres pour enfants et adolescents dans la prise en charge de ces patients si des accords sur les

prestations passés avec des institutions étatiques créent à cet effet des incitations financières. Il en va de même pour les enfants de requérants.

**Recommandation 12:** Les structures de prise en charge des « familles à problèmes multiples » sont organisées régionalement. Il s'agit, d'une part, d'informer ce groupe de population sur les différentes offres de soutien existantes et, d'autre part, d'organiser les traitements. Ce dernier point implique qu'il existe des ententes entre les différents prestataires de soins publics et privés.

#### Soutien d'enfants de parents psychiquement malades

Les enfants de parents psychiquement malades vivent souvent dans des conditions psychosociales difficiles. Outre les points mentionnés ci-dessus, leur situation soulève aussi des problèmes spécifiques, par exemple des situations de séparation dues à des hospitalisations répétées d'un des parents. La séparation est d'autant plus difficile à supporter lorsqu'il s'agit d'une mère psychiquement malade qui élève seule ses enfants (il n'y a pratiquement pas de pères séparés, psychiquement malades, qui ont la garde des enfants). Un deuxième problème réside dans le contrôle inévitable qu'il convient d'effectuer pour s'assurer que le bien des enfants est encore préservé dans des structures d'accueil données. Ce contrôle est perçu par les parents psychiquement malades comme une menace permanente de leur retirer la garde des enfants, ce qui accroît leur stress. C'est pourquoi il s'impose de ne pas intervenir contre les parents mais de leur offrir du soutien et de planifier des aides concrètes d'aide aux enfants.

**Recommandation 13:** La psychiatrie de l'adulte et de l'enfant s'obligent, de par leur mandat de prestation, à coopérer explicitement dans ce domaine et elles développent des offres de soutien coordonnées pour ces familles .

#### Besoins en réadaptation et chaîne de traitement

Enfin, il existe un déficit en offres pour venir en aide aux adolescents en pleine phase de transition entre l'école et la formation professionnelle, voire l'exercice d'une activité lucrative. Cela concerne tout particulièrement les adolescents après un hospitalisation en milieu psychiatrique aigu. Dans ce cas, le suivi de réadaptation psychiatrique est très rare, d'où, assez souvent, des hospitalisations prolongées dans un milieu partiellement adapté.

En revanche, il serait souhaitable que des structures soient à disposition des patients, qui leur assurent la meilleure chaîne de traitement possible et la forme de thérapie la moins restrictive.

La chaîne de traitement psychiatrique pour enfants et adolescents comprend, pour l'ensemble de la Suisse, trop peu de cliniques de jour, pratiquement pas de divisions hospitalières de réadaptation ni de logements de réadaptation et aucune équipe mobile dans le sens d'un « home treatment ».

**Recommandation 14 :** La mise sur pied de telles structures de prise en charge est encouragée.

### **Psychiatrie de l'adulte et réadaptation psychiatrique**

#### Extension réduite et état de différenciation des soins semi-hospitaliers

Des cliniques de jour dirigées par des médecins et pourvues d'équipes multiprofessionnelles sont non seulement en mesure d'offrir l'éventail des soins résidentiels mais encore d'assumer des tâches de réadaptation spécifiques, de procéder à des interventions d'urgence ainsi qu'à des traitements aigus intégrés dans la communauté. En cas de dotation appropriée en personnel et de disponibilité 24 heures sur 24 des soins semi-hospitaliers les moins coûteux, l'expérience montre que l'on parvient à éviter entre 20 et 30% des hospitalisations complètes. Dans leur planification des soins psychiatriques, les pays qui nous entourent cherchent déjà à atteindre un rapport de 1 :1 entre les places de traitement en milieu hospitalier et semi-hospitalier. Cela implique toutefois que l'on élargisse qualitativement la conception des cliniques de jour encore actuelle, consistant en un suivi post-hospitalier relativement indifférencié, en direction des interventions d'urgence et de traitements aigus à domicile, de soins dans le milieu de vie et de l'amélioration de la réadaptation professionnelle. L'expérience faite à l'étranger avec de telles prestations semi-hospitalières complexes est très positive. Certaines cliniques de jour assurant des soins aigus disposent d'une maison pour les cas de crise ou de lits pour des interventions d'urgence dans lesquels les patients trouvent un logement protégé pour une courte période.

De plus, les soins dispensés par les cliniques de jour revêtent une importance particulière en termes de politique de la psychiatrie, parce que se situant à l'interface entre la psychiatrie aiguë et la réadaptation. Leur développement pourrait constituer le lien nécessaire entre ces deux domaines de prise en charge et jeter les bases d'un développement de la réadaptation. Toutefois, une entrave au développement existe dans de nombreux cantons par les tarifs, lesquels privilégient des prestations résidentielles complètes.

**Recommandation 15 :** Il s'agit de procéder sans délai au développement et à la différenciation des structures semi-hospitalières pour couvrir le large éventail des tâches de traitement mentionnées ci-dessus.

#### Extension de modèles de traitement avant tout ambulatoires, souples et centrés sur la personne

Une approche orientée vers l'institution plutôt que vers le patient continue à déterminer la politique de prise en charge. Cela signifie que la tradition et les différentes clés de répartition du financement des services hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires

---

influencent à tel point leurs offres que l'on ne se rend même plus compte qu'il existe des possibilités de solutions intermédiaires intégratives. Concrètement, cela signifie que l'on part à tort de l'idée qu'une annonce dans une clinique doit automatiquement conduire à une hospitalisation complète, qu'un traitement dans une clinique de jour se limite à des soins portant sur un jour ou qu'un traitement ambulatoire signifie que le patient se rend à une consultation. Les expériences empiriques faites depuis de longues années dans d'autres pays montrent clairement que cela ne doit pas forcément être ainsi. Différents modèles praticables ont été développés, qui prévoient par exemple un traitement clinique sans lits, un traitement d'urgence dans le logement du patient ou un traitement et un suivi de malades psychiques chroniques graves là où ils se trouvent, dans leur cadre de vie, par des équipes de psychiatrie communautaire. Ces nouveaux modèles se caractérisent par le fait qu'ils sont tendanciellement moins coûteux que les traitements « traditionnels » en clinique, plus efficaces et qu'ils entraînent un degré de satisfaction plus élevé chez les bénéficiaires (et leurs proches). Ci-après, nous donnons quelques explications sur ces différents modèles qui servent d'exemples :

*Traitement clinique sans lits:* on constate que les barrières entre traitement ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier sont élevées et qu'elles ne permettent pas un passage facile d'un traitement à l'autre, que cela entraîne une série de désavantages et que beaucoup de patients, même en phase aiguë de maladie, n'ont pas besoin d'une prise en charge hospitalière complète 24 heures sur 24. Ce constat a conduit à un concept pour un traitement coordonné et intégré. Grâce à celui-ci, des patients admis en milieu hospitalier peuvent, selon l'état actuel de leurs besoins, être effectivement traités provisoirement à l'hôpital, ou en milieu semi-hospitalier ou même ambulatoirement, là où ils se trouvent. En raison de barrières souples et assez basses entre ces formes de traitement, le nombre de jours de traitement en hospitalisation complète a pu être diminué de manière significative, ce qui a amélioré le rapport coûts-efficacité.

**Recommandation 16:** Le concept pour un traitement coordonné et intégré a déjà été expérimenté dans l'espace germanophone et sa réalisation en Suisse devrait être encouragée par des projets modèles correspondants assortis d'une évaluation scientifique.

#### Traitement aigu à domicile

Le traitement intégré dans la communauté présente des avantages cliniques par rapport à un traitement aigu en hospitalisation complète: il bouleverse beaucoup moins profondément la vie quotidienne de la personne concernée et de ses proches, il est moins stigmatisant et le patient ne subit pas l'effet néfaste des hospitalisations qui renforcent son handicap social. Il permet un examen complet et détaillé des problèmes et ressources du patient dans son contexte de vie et peut être adapté de manière souple aux besoins changeants de chaque patient. Pour les interventions psychosociales, il offre le cadre qui convient car le réseau social du patient peut être mieux utilisé et l'alliance avec les prestataires de soins privés renforcée. Ceci peut à



son tour permettre au patient de reconnaître la nécessité de se soigner et le motiver à le faire. Il existe aujourd'hui de nombreuses études qui prouvent l'efficacité et l'économicité de cette approche appropriée pour environ 25 à 35% de tous les patients aiguillés vers une admission hospitalière. Il faut cependant garantir la possibilité de pouvoir recourir, le cas échéant, et même pour quelques jours seulement, à une hospitalisation complète.

**Recommandation 17 :** Le traitement de malades aigus dans leur environnement domestique représente, pour une part importante des patients aiguillés vers une hospitalisation, une alternative efficace, économique et plus satisfaisante pour le malade que le traitement en clinique. Etant donné les expériences positives faites dans d'autres pays européens, la Suisse devrait aussi chercher à mettre sur pied des projets modèles accompagnés d'études scientifiques.

Traitement du patient là où il se trouve par des équipes mobiles de psychiatrie communautaire

Le traitement et le suivi de malades psychiques gravement et durablement atteints par des équipes mobiles de psychiatrie communautaire se sont avérés efficaces et économiques et surtout, ils contribuent dans une large mesure à l'intégration sociale de ces personnes. Ce traitement développé à l'origine aux USA et appelé „assertive community treatment“ prévoit pour l'essentiel des prestations directes d'aide dans le proche environnement du patient, disponibles si possible 24 heures sur 24. Le traitement et le suivi là où le patient se trouve s'effectuent par une équipe mobile et multidisciplinaire stationnée à proximité et les contacts thérapeutiques ont essentiellement lieu en dehors des institutions psychiatriques, dans des points de rencontre aménagés dans les quartiers, dans des cafés ou au domicile du patient. L'équipe de psychiatrie communautaire décide – et c'est très important – d'une éventuelle hospitalisation du patient en clinique et conserve la responsabilité quant à la date de reprise du patient en traitement ambulatoire. Pour des résultats de traitement au moins aussi bons qu'en cas de thérapie conventionnelle, on peut faire l'économie de jours de traitement en hôpital, éviter une grande part des réhospitalisations et au total obtenir une réduction des coûts malgré des frais de traitement ambulatoires plus élevés. Ces équipes peuvent remplir différentes fonctions – intervention d'urgence, insertion professionnelle ou préservation de la qualité de vie.

**Recommandation 18:** Même si un système de prise en charge régional axé prioritairement sur une équipe mobile de psychiatrie communautaire n'est pas réalisable ni même souhaitable à court terme compte tenu des conditions-cadres qui prévalent en Suisse, un suivi sans interruptions et sur le long terme de malades psychiques gravement et durablement atteints par de telles équipes correspondrait non seulement à des besoins que les personnes concernées et leurs proches qualifient elles-mêmes de prioritaires, il serait également approprié, efficace et économique pour une grande partie de ces patients.

Présence insuffisante de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux

L'hôpital général constitue l'une des principales voies d'accès à la prise en charge psychiatrique. La co-morbidité psychiatrique dans les hôpitaux somatiques est d'environ 30% et plus. Non traitée, elle est liée à des durées de séjour prolongées et à des processus évolutifs de longue haleine de la maladie. Selon de récentes études, les médecins d'hôpitaux identifient une maladie psychique dans 50 à 60% des cas mais ils n'aiguillent que rarement le patient vers un examen ou un traitement psychiatrique. Le taux de transfert augmente cependant lorsqu'un hôpital dispose de structures psychiatriques intégrées.

Dans les pays voisins européens, le nombre de divisions psychiatriques dotées de lits a très fortement augmenté dans les hôpitaux généraux durant ces deux dernières décennies et la tendance s'accroît encore. De telles offres de prise en charge font presque totalement défaut en Suisse, à part quelques exceptions. Cela s'explique en partie par le fait qu'entre les grandes agglomérations urbaines et les cliniques psychiatriques implantées à certains endroits pour des raisons historiques, les distances ne sont pas aussi considérables que dans nos pays voisins dont la superficie est beaucoup plus grande. Mais c'est aussi parce que la psychiatrie communautaire et les avantages qu'elle offre en plus de la proximité – meilleure prise en charge médicale des malades psychiques à multi-morbidité ou, inversement, traitement psychiatrique spécialisé de malades somatiques – est moins bien placée. On peut y remédier grâce à un service de liaison psychiatrique performant. Mais seul un tiers des hôpitaux somatiques dispose en Suisse d'un tel service. Un service de liaison psychiatrique est à même d'offrir aux médecins-assistants de la médecine somatique une formation psychiatrique et psycho-communicative pratique qui s'avère le plus souvent insuffisante lors de leur formation postgraduée.

**Recommandation 19:** Il existe différentes variantes éprouvées et efficaces d'une présence psychiatrique renforcée à l'hôpital général que l'on peut encourager: services psychiatriques de consultation et de liaison, unités psychiatriques intégrées à l'hôpital (centres d'accueil, polycliniques, divisions psychiatriques générales). Ceux-ci peuvent constituer la base de prestations psychiatriques de liaison. L'instauration de divisions psychiatriques complètes est également indiquée en Suisse lorsque, du fait de la situation géographique des cliniques psychiatriques, il faut assurer la prise en charge de régions marginales. Selon les circonstances, il devrait être possible de réaliser une prise en charge régionale complète ou une prise en charge régionale de base dans le cadre d'un système de prise en charge global subdivisée par tâches. D'une manière générale, les critères suivants devraient au moins être remplis :

- Mandat de liaison pour l'ensemble de l'hôpital.
- Les structures psychiatriques devraient être intégrées dans le travail quotidien de l'hôpital et dans les processus des équipes en milieu somatique et non pas seulement utilisées en cas de besoin.
- La psychiatrie de liaison devrait s'occuper de tout l'éventail des maladies psychiques et disposer à cet effet des qualifications professionnelles requises
- Elle devrait constituer non seulement un pôle médical mais encore un pôle infirmier équivalent.

#### Coopération psychiatrique avec les cabinets de médecin de famille

Entre 60 et 70% de la population se rend au moins une fois par année chez un médecin de famille, et encore davantage dans le cas des malades psychiques. Etant donné qu'au moins un quart de la clientèle d'un médecin de famille souffre d'un trouble psychique – souvent lié dans une mesure particulière à un dysfonctionnement social ou professionnel -, il est indispensable, pour des raisons de capacité de la psychiatrie, que la médecine de premier recours reconnaisse et soigne elle-même une grande partie de ces patients. Cependant, la compétence diagnostique, communicative et psychopharmacologique nécessaire à cet effet ne saurait être exigée d'une manière générale. Nonobstant, les médecins de premier recours n'aiguillent vers un spécialiste qu'un tiers des patients qu'ils estiment avoir besoin d'un traitement psychiatrique, et cela souvent longtemps après que leur propre traitement se fut avéré peu efficace. En termes diagnostiques, en sont tout particulièrement concernés les dépressions, les angoisses, la dépendance à l'alcool et les états douloureux ayant des antécédents psychosociaux. Parmi les facteurs structurels encourageant la coopération avec des services ou cabinets psychiatriques, on mentionnera leur proximité et leur accessibilité, de même que l'existence de contacts et d'arrangements personnels.

**Recommandation 20:** On ne peut que préconiser et encourager des formes de coopération, adaptées aux conditions locales, entre praticiens privés disposant de leur propre cabinet de médecin de famille, de psychiatre ou de psychologue. La réalisation de ces formes de coopération nécessite impérativement des systèmes incitatifs appropriés faute de quoi – l'expérience l'a prouvé – il n'est pas possible d'établir durablement la collaboration nécessaire. A cet égard, les sociétés médicales locales et les groupes spécialisés jouent un rôle décisif. Au chapitre de la psychiatrie privée, il s'agira nécessairement d'appliquer des standards d'accessibilité, de préciser l'indication d'un transfert du patient vers un traitement psychiatrique spécialisé et de régler par voie contractuelle la coopération entre cabinets de médecin de famille et de psychiatrie en regroupements locaux.

Traitement spécifique insuffisant de migrants

Bien que la migration soit toujours le fait des migrants eux-mêmes et qu'elle suppose une somme importante de ressources psychiques mobilisables, leur bien-être psychique est en moyenne plus mauvais que celui de la population suisse. Y contribuent tantôt le déracinement, tantôt le manque de formation scolaire et professionnelle ainsi qu'un chômage plus fréquent. Ce problème est encore accentué par le fait que les migrants, plus que par le passé, viennent de pays lointains de culture fort différente de la nôtre et se doublent d'une expérience de la violence et d'un vécu généralement traumatisant. Leur chance d'accéder à un traitement psychiatrique et psychothérapeutique compétent qui tienne compte de leur culture, supposant non seulement des connaissances linguistiques mais également une connaissance des tableaux cliniques propres à leur culture et une expérience de la migration en tant que telle, est moindre. L'accès ainsi entravé au traitement psychothérapeutique engendre une multiplication de traitements simples, essentiellement médicamenteux, avec à la clé la survenue de maladies chroniques, des allocations de rentes anticipées et, enfin, le recours accru aux services psychiatriques. Les situations particulièrement traumatisantes dans lesquelles se trouvent des requérants d'asile dont la procédure d'admission est pendante, fait que ces derniers se trouvent confrontés à de nombreux problèmes psychiques supplémentaires.

**Recommandation 21:** Des efforts doivent être déployés à différents niveaux afin de rendre les services psychiatriques et psychosociaux mieux accessibles et plus efficaces. La prise en charge psychiatrique des migrants devrait être définie et développée comme constituant un pôle des soins de base en psychiatrie générale.

Vu la dimension du problème, il ne saurait être réaliste de vouloir attribuer à chaque migrant une place de traitement dans sa langue maternelle. Toutefois, les cantons devraient garantir, par le biais de mesures appropriées (p. ex. mandats de prestations aux services publics ou centres de compétence privés), l'intermédiation transculturelle notamment (sous forme de conseils, médiation, traduction) et en faire profiter tous les acteurs de la prise en charge et tous les patients concernés. Il convient en particulier d'assurer et de financer un accès facilité aux services de traduction et d'interprétation,

également en faveur des services de taille réduite et des cabinets privés. Il faut également tenir compte d'un groupe spécifique, les enfants des migrants. De plus, la question du traitement psychiatrique tenant compte des différences culturelles mérite que l'on poursuive les efforts de recherche. Quant au suivi psychosocial et psychiatrique dans les centres pour requérants d'asile, il est impératif et urgent d'y apporter des améliorations.

Déficits en psychiatrie pénitentiaire

En tant que spécialisation de la psychiatrie, la psychiatrie pénitentiaire s'occupe de l'instruction pénale et civile ainsi que du traitement de délinquants souffrant de désordres psychiques en détention préventive et de l'exécution des mesures en milieu résidentiel et ambulatoire. Non seulement le besoin en expertises psychiatriques s'est considérablement accru ces dernières années, mais encore les exigences concernant leur qualité. La Suisse connaît un état d'urgence, dû à la formation, en matière de qualité et une pénurie d'experts, ce qui conduit à des délais prolongés et au rejet des rapports d'expertise par les tribunaux avec pour conséquence l'établissement d'un deuxième ou troisième rapport et un retard dans les décisions. Des lacunes existent par ailleurs au niveau des places spéciales pour l'exécution de mesures impliquant un niveau élevé de sécurité et de traitement pour délinquants souffrant de désordres psychiques, mais aussi au niveau de la qualité du traitement, de l'établissement des rapports et du contrôle des mesures ou instructions psychiatriques. Conséquence négative de ces déficits personnels et structurels, les actes de violence commis par ce type de délinquants ternissent inconsiderément l'image de la psychiatrie et contribuent à stigmatiser encore davantage l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques.

**Recommandation 22:** On a besoin en Suisse de nouveaux services pénitentiaires spécialisés, si possible avec mandat intercantonal, aussi bien pour mener une activité d'expert que pour multiplier le nombre de places pour délinquants souffrant de graves désordres psychiques. A l'intérieur même des services de psychiatrie générale, il est pratiquement impossible d'attribuer à cette tâche l'importance, l'efficacité et la qualité nécessaires. Qui plus est, une coordination supranationale paraît également indiquée.

Formation, répartition régionale et intégration des professions psychiatriques

En ce qui concerne la psychiatrie, le système de santé suisse est confronté d'une manière générale à un problème de relève défailante. Cela s'exprime par les faits que seule une petite partie de la population universitaire opte pour une carrière dans les services publics psychiatriques, et que les chaires d'enseignement psychiatrique ne sont occupées que par une minorité de Suisses.

Les régions rurales continuent à être sous dotées en cabinets psychiatriques privés et, dans le canton d'Uri par exemple, il n'existe pas un seul psychiatre qui ait ouvert un cabinet médical. Force est pourtant de constater – et cela peut paraître banal – que

cette absence d'offre ne résulte pas d'une meilleure santé psychique de la population rurale.

La prise en charge psychiatrique n'est cependant pas uniquement assurée par le personnel médical. Alors que des problèmes de relève affectent les médecins psychiatres, la catégorie professionnelle des psychologues avec formation clinique et psychothérapeutique est beaucoup trop peu intégrée dans les structures de prise en charge, et cela en raison de l'absence de tarif LAMal pour la psychothérapie pratiquée par des non médecins. Il est objectivement injustifiable que, pour la prise en charge de personnes souffrant de maladies psychiques, des universitaires jouissant précisément d'une formation psychologique spécifique soient désavantagés. Il s'agit, pour cette catégorie professionnelle, de spécialistes parfaitement qualifiés en ce qui concerne les différentes méthodes de traitement et la connaissance des institutions et qui, en pratique, s'occupent à peu près du même cercle de patients que les psychothérapeutes médecins. Il faudrait enfin faire profiter les malades psychiques de ce potentiel d'assistance non seulement au niveau du diagnostic mais aussi du traitement.

On observe dans l'intervalle que la formation spécialisée en soins psychiatriques a perdu du terrain au profit de la formation en soins généralistes. Les compétences professionnelles spécifiques de la relève dans le secteur de la psychiatrie ont considérablement diminué.

**Recommandation 23:** Il faut enfin exiger que la LAMal reconnaisse les psychothérapeutes psychologues ayant les qualifications requises comme des fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à charge de la LAMal et édicte un tarif. De plus, il faudrait de toute urgence créer des incitations pour que les psychothérapeutes psychologues puissent être mieux intégrés dans la réadaptation. Il faudrait intensifier en Suisse l'encouragement de la relève universitaire en médecine psychiatrique et en psychologie de même que la recherche proche de la pratique et, dans cette optique, créer pour ceux qui travaillent en psychiatrie des possibilités de recherche et de carrière également en dehors du cadre étroit de la recherche universitaire. Il paraît difficile de planifier un certain nivellement des disparités entre villes et campagne mais une coopération accrue (projets, recherche) entre les cantons universitaires citadins et les cantons non universitaires ruraux serait cependant utile. Dans le cadre de la nouvelle réglementation régissant la formation des professions soignantes, il faudrait faciliter, promouvoir et mettre l'accent sur la formation psychiatrique.

*Peu de développement spécifique dans le domaine de la réadaptation*

A l'inverse du domaine étroit de la psychiatrie (aiguë), la réadaptation connaît depuis longtemps en Suisse une stagnation dont les conséquences sont lourdes – en font partie notamment les problèmes mentionnés précédemment à propos des cliniques de jour et des soins psychiatriques ambulatoires (équipes mobiles, etc.). Cela se traduit par l'absence quasiment totale de personnel académique ayant un lien avec la

---

recherche universitaire. La réadaptation dans les ateliers de travail, les résidences et les centres de jour est la plupart du temps effectuée par des professionnels du domaine artisanal et commercial – avec parfois une formation complémentaire en pédagogie sociale – ainsi que par les pédagogues sociaux. Cette situation se reflète dans les concepts et modèles de réadaptation, qui ne tiennent guère compte des connaissances de la recherche psychologique et psychiatrique ainsi que du savoir psychothérapeutique, et sont donc souvent inefficaces pour les malades psychiques, parfois même dommageables.

**Recommandation 24 :** Dans ce domaine, différentes mesures s'imposent d'urgence afin d'investir dans le développement d'un savoir spécifique de haute qualité en matière de réadaptation ; à cet égard, l'Office fédéral des assurances sociales devrait renforcer considérablement ses efforts et se montrer proactif. Il est impératif d'initier sur une large échelle des projets modèles et des évaluations scientifiques, comme ils sont ponctuellement prévus dans certains articles de loi d'avant-garde, en réunissant différentes catégories professionnelles et fournisseurs de prestation et le plus grand nombre possible de bailleurs de fonds.

#### Peu de formes intégratives de réadaptation au travail

Les problèmes de réadaptation sont les plus évidents dans la réinsertion professionnelle: les taux de réinsertion des malades psychiques par le biais d'offres de réadaptation au travail ne se situent guère au-delà de 10%. La plupart du temps, il n'est donc pas question de parler de réadaptation au sens propre du terme. En comparaison internationale, la Suisse dispose traditionnellement d'une offre abondante et qui s'accroît encore de postes de travail en milieu protégé. Mais de là, le pas à franchir pour entrer dans le marché du travail est beaucoup trop grand. Le bon équipement, souvent assez moderne, de ces ateliers protégés caractérisés par une productivité ponctuellement élevée peut faire croire que la tâche de réadaptation proprement dite ne réside pas dans la production de marchandises et de services. Celle-ci consiste, lorsque c'est possible, dans la réinsertion professionnelle d'individus handicapés dans le marché général du travail, dans le soutien adapté à l'évolution de la maladie et dans l'amélioration de la qualité de vie. Une occupation permanente non spécifique, sans perspective, n'a en revanche aucun caractère réadaptatif. La fonction des ateliers – certes judicieuse pour une partie des malades – devrait aujourd'hui faire l'objet d'un examen fondamental et différencié. L'argument est souvent avancé que le marché du travail absorbe toujours moins d'individus dont les performances sont limitées et qu'en conséquence des modèles intégratifs auraient peu de chance de succès. Cette opinion ne résiste pas à un examen scientifique : d'autres pays qui ont des structures de prise en charge moins développées et un taux de chômage plus élevé disposent de programmes de réinsertion professionnelle efficaces également pour les malades chroniques et gravement atteints.

**Recommandation 25:** Des modèles de ce que l'on appelle le „supported employment“ – le soutien à l'emploi dans le marché général du travail – basé sur une conception réadaptative, se distinguent fortement des modèles ordinaires que l'on rencontre chez nous en milieu protégé, témoignent d'une grande efficacité et devraient être fortement encouragés. Après une courte phase d'examen, ce type de modèle prévoit une recherche rapide et intense de postes et le placement dans le marché général du travail, avec un suivi professionnel sur le lieu de travail, non limité dans le temps et modulé quant à son intensité aux besoins actuels du malade. Le placement rapide accompagné de l'ouverture de nouvelles perspectives empêchent un processus de résignation que l'on observe souvent dans les ateliers chez les responsables et les handicapés. Des modèles analogues sont également connus pour accompagner et soutenir les malades dans leur propre logement («supported housing»). Il faudrait tester, évaluer, adapter et mettre énergiquement en œuvre de tels modèles en Suisse.

### **Gérontopsychiatrie**

La gérontopsychiatrie se développe comme un domaine spécialisé de la psychiatrie, lequel se préoccupe d'une certaine classe d'âge au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Avec l'accroissement du nombre des personnes âgées et surtout de la population d'un âge très avancé, ce ne sont pas seulement les questions sociales générales et celles de santé consécutives au vieillissement qui gagnent en importance mais aussi celles de la gérontopsychiatrie. Nous abordons les défis suivants auxquels doit faire face la planification:

#### Pression sur les infrastructures en raison de l'évolution démographique

L'amélioration de l'état général de la population âgée a eu pour conséquence une espérance de vie toujours plus élevée. Le vieillissement n'est en soi pas lié à un taux global plus élevé de maladies psychiatriques – toujours plus d'individus restent plus longtemps actifs et sains – mais avec le grand âge les maladies démentielles augmentent en moyenne plus fortement. A partir de 65 ans, le taux de ces maladies double tous les 5 ans. Pour les personnes d'un âge très avancé, il faut tabler sur un taux moyen de plus de 25%. Les personnes d'âge moyen et d'un grand âge perdent aussi leurs capacités dans différents domaines. Ce type d'expériences peut contribuer à provoquer des dépressions, la deuxième catégorie de maladie psychique la plus fréquente dans la vieillesse.

L'évolution démographique représente un problème majeur pour la planification sanitaire en ce sens qu'elle exerce une pression constante sur l'utilisation des soins à tous les niveaux de la prise en charge. A cet égard, il convient de tenir compte des proportions: 70-80% de la population âgée qui a besoin de certains soins peuvent vivre à la maison, pour une bonne part grâce au soutien de leurs proches ainsi que des services d'aide et de soins à domicile. Une petite partie doit être placée dans des homes et des établissements médico-sociaux. Une infime partie a besoin d'une institution psychiatrique résidentielle spécialisée. Il suffit d'un léger déplacement des



possibilités de prise en charge à domicile ou dans les homes pour entraîner des variations massives du recours à des soins résidentiels spécialisés, avec des conséquences drastiques sur les coûts, lorsque les « systèmes de soutien » que sont le mariage, la famille, les soins à domicile et les homes font défaut. La question de la politique de la prise en charge se pose donc très concrètement: combien de personnes âgées psychiquement malades doivent être prises en charge, et selon quels critères, par les infrastructures psychiatriques ?

**Recommandation 26:** Il est important d'intervenir de manière différenciée et conforme aux besoins des malades psychiques et de ne pas simplement céder à la pression de les exclure. Des structures psychiatriques qui contribuent à maintenir des personnes âgées, psychiquement malades, aussi longtemps que possible et avec une bonne qualité de vie dans leur environnement habituel, offrant si possible une prise en charge ambulatoire, devraient être renforcées – au cas où elles ne sont pas encore disponibles. A cet égard, les services de liaison psychiatrique dotés d'équipes mobiles pour les proches, les soins à domicile et les établissements, complétant les services de gérontopsychiatrie, constituent les instruments les plus appropriés.

Besoin de rattrapage spécifique de la gérontopsychiatrie

Le diagnostic et le traitement adéquats des troubles psychiques dans la vieillesse exigent des connaissances particulières car les symptômes divergent de ceux de la psychiatrie générale de l'adulte et sont complexes. Ces connaissances sur de nombreux troubles psychiques dus au grand âge ont progressé grâce aux récentes découvertes neurobiologiques. Des méthodes nouvelles et spécialisées sont également introduites en psychothérapie et en matière de soins. Avec un certain retard par rapport à une spécialisation instaurée précocement dans d'autres pays, par exemple en Angleterre, la gérontopsychiatrie a fait son apparition en Suisse il y a 25 ans environ. Le savoir spécifique en gérontopsychiatrie dont nous disposons aujourd'hui ne peut cependant être exigé ni de la psychiatrie générale ni des soins de santé primaires.

**Recommandation 27 :** Le domaine spécialisé de la gérontopsychiatrie devrait être soutenu de différentes manières, par exemple par la mise en place de services de gérontopsychiatrie, et par le développement de la recherche psychiatrique, psychothérapeutique et celle relative aux soins. Des centres qui font de la recherche servent aussi à promouvoir la relève universitaire. Les spécialistes en gérontopsychiatrie devraient en outre être mieux intégrés dans les planifications générales de la prise en charge des personnes âgées.

Utilisation insuffisante des cabinets de psychiatre et des services psychiatriques

Les personnes âgées souffrant de maladies psychiques fréquentent souvent les hôpitaux somatiques et les cabinets de médecin de famille. En effet, la moitié des patients des cliniques de médecine interne des hôpitaux cantonaux de Bâle-Campagne ont plus de 70 ans et environ la moitié des patients des médecins de famille ont, selon une enquête, plus de 65 ans. Même si les troubles psychiques que présentent ces patients sont bien identifiés, ceux-ci ne sont guère aiguillés vers des examens et un traitement psychiatrique, et cela ne se produit pratiquement jamais lorsque l'âge augmente. 90% des résidents dans les homes et les établissements médico-sociaux reçoivent exclusivement des soins primaires alors qu'en raison de leur état 40% auraient besoin de soins psychiatriques. Les cabinets psychiatriques privés traitent pratiquement sans exception une clientèle plus jeune. Ces chiffres provenant du canton de Bâle-Campagne pourraient bien être valables pour une grande partie des cantons qui ne disposent pas de structures de gérontopsychiatrie développées. Il s'agit d'une lacune importante dans la prise en charge dont les raisons sont à chercher dans des attentes négatives de part et d'autre : les personnes âgées sont souvent réticentes face à un traitement psychiatrique – cette génération a grandi alors que la psychiatrie était considérée comme un domaine strictement à part ; quant aux psychiatres, une partie d'entre eux doutent de l'efficacité d'un traitement chez les personnes âgées.

**Recommandation 28:** Il faut faire progresser la professionnalisation en matière de gérontopsychiatrie.

Besoin de soutien psychiatrique dans les homes pour personnes âgées et dans les établissements médico-sociaux

Dans les régions dépourvues de services gérontopsychiatriques, il faut partir de l'idée que les résidents psychiquement malades séjournant dans les homes et les établissements médico-sociaux sont dans un état problématique: seule une infime partie du personnel soignant dispose d'une formation psychiatrique ou d'une expérience professionnelle; l'enseignement psychiatrique et la discussion de cas font défaut, le personnel se sent dépassé par les symptômes psychiatriques que présentent les résidents et il manque un milieu correspondant dans lequel il est possible de remédier aux comportements excentriques imputables à des problèmes psychiatriques . Dans les homes sans support psychiatrique, il faut compter qu'environ la moitié des résidents reçoit systématiquement des psychotropes, avant tout parce qu'ils sont agités. Des expériences faites dans les pays étrangers dont les réglementations sont plus restrictives montrent qu'en apportant un soutien psychiatrique une réduction sensible de la consommation de neuroleptiques est possible et judicieuse. Après une période d'introduction, de tels modèles, qui prévoient un monitoring pharmacologique ou gérontopsychiatrique, sont bien accueillis par les médecins de famille et bien acceptés en général.

**Recommandation 29:** Les services de liaison psychiatrique offrant conseils et formation sont en mesure de soutenir le personnel soignant dans les homes. Les établissements qui ont intégré un service de liaison gériopsychiatrique enregistrent une réduction sensible de la consommation de médicaments et, parallèlement, une diminution des troubles du comportement – à l'inverse d'institutions qui recourent exclusivement aux services de médecins de famille. Concernant les offres de liaison psychiatrique, il est essentiel qu'elles essaient d'agir, de concert avec le personnel soignant, sur la prise en charge et le suivi dans les homes. En d'autres termes, il s'agit de tenir compte de la situation globale qui prévaut dans le home (suivi, méthodes et médicaments).

*Prestations gériopsychiatriques des services de soins à domicile*

Les soins, le suivi et le traitement des personnes âgées psychiquement malades devraient avoir lieu à domicile, dans l'environnement habituel, aussi longtemps que cela est possible. C'est ce que souhaitent aussi clairement les personnes âgées. Près de 90% des personnes âgées ayant besoin de soins et souffrant d'une maladie chronique sont soignées par leurs proches dans les ménages privés. La charge psychique et physique qui en résulte est élevée et les proches qui assument ces soins ont beaucoup plus de problèmes de santé par rapport à l'ensemble de la population. Une partie de ces personnes a besoin de soins professionnels et d'un suivi effectué par des soignants ayant une formation psychiatrique. Les soins psychiatriques ambulatoires constituent une part importante de la couverture psychiatrique de base. Les services de soins à domicile du canton de Bâle-Campagne partent du principe que 25 à 30% des patients soignés souffrent de problèmes psychiques importants.

Le suivi ambulatoire adéquat des personnes âgées souffrant de troubles psychiques n'est cependant pas assuré pour différentes raisons: premièrement, les conditions-cadres de la LAMal ne correspondent pas aux besoins spécifiques des malades psychiques en raison de limitations dans le temps qui ne leur sont pas adaptées; deuxièmement, il semble que certaines caisses refusent de prendre en charge des examens et conseils psychiatriques ambulatoires, ce qui revient à discriminer les malades psychiques par rapport aux malades physiques. Les malades psychiques âgés ont en premier lieu besoin d'une offre relationnelle de qualité professionnelle – ce sont les offres de «soins de base» essentiels pour cette catégorie de patients. Concrètement, ces offres peuvent se traduire par différentes activités: faire «table rase» peut même être – à condition qu'il y ait un savoir spécialisé psychiatrique et une relation professionnelle – une activité hautement qualifiée et nécessaire. Les collaborateurs des soins à domicile ne possèdent cependant pas ces qualifications professionnelles dans la mesure requise.

**Recommandation 30:** Si l'on veut soulager les institutions résidentielles – hôpitaux généraux, cliniques psychiatriques et établissements -, il faut investir plus dans la formation (géranto)psychiatrique des soins ambulatoires et adapter les conditions-cadres aux besoins des patients. Il est essentiel que celles-ci prévoient suffisamment de temps pour les soins. Le temps passé à l'accompagnement doit aussi pouvoir être facturé et non seulement les prestations individuelles techniques.

**Remarques à propos des processus de planification des soins psychiatriques**

La planification des structures de prise en charge psychiatrique constitue en soi une tâche permanente. Même si ce rapport a pour but d'élaborer des recommandations qui correspondent à l'état actuel des connaissances, la valeur des futures planifications psychiatriques ne doit pas être mesurée exclusivement à l'aune de la mise en œuvre des présentes recommandations ou d'autres analogues quant à leur contenu. Une utilité essentielle de la planification psychiatrique réside dans le processus lui-même: des collaborateurs de différentes institutions et domaines de prise en charge entrent en contact, se parlent, dressent le tableau de la situation actuelle, évaluent les besoins, les comparent aux offres et discutent des différentes variantes du développement des structures et de la philosophie de la prise en charge. Ce faisant, ils doivent confronter leur propres conceptions des valeurs, discuter des principes directeurs et échanger leur savoir. La planification psychiatrique en tant que processus institutionnalisé a dans ce sens un puissant effet de garantie de la qualité, de stimulation et d'innovation professionnelles.

Afin que la planification des structures de prise en charge psychiatrique puisse déployer de tels effets et, parallèlement, proposer un produit qui soit accepté comme une référence en la matière pour une période donnée, le groupe ad-hoc d'experts de la PNSS (Politique nationale suisse de la santé) recommande d'étudier les critères suivants relevant de la méthodologie de la planification (qui, sous cette forme ou sous une forme analogue sont à la base des planifications récentes des cantons de Zurich et de Bâle-Campagne <sup>9</sup>):

1. Tous ceux qui participent à la prise en charge psychiatrique, y compris à ses interfaces, doivent être intégrés de manière appropriée dans le processus de planification. Cela inclut les fournisseurs de prestation suivants:
  - publics, d'intérêt public et privés
  - des domaines résidentiel, semi-résidentiel et ambulatoire
  - de la psychiatrie et de la médecine générale
  - cantonaux et extra-cantonaux
  - les professionnels, patients et proches

---

<sup>9</sup> Direction de la santé du canton de Zurich, division soins de santé. Zürcher Psychiatrie – Psychiatriekonzept : Leitbild und Rahmenkonzept (Concept psychiatrique : plan directeur et concept cadre). Zurich, 1999 (ISBN-no 3-906157-98-9).

---

- les membres des professions médicales, psychologiques, soignantes, sociales et autres
- 2. Le processus de planification devrait être ouvert et participatif ; il s'agit de garantir des processus de décision transparents et un bon déroulement de l'information.
- 3. Tout en tenant compte d'objectifs axés sur les besoins, la planification de la prise en charge psychiatrique n'est pas, de par sa nature même, dénuée d'intérêts particuliers. Il est d'autant plus important de donner un poids prépondérant à l'évaluation et à la spécificité des besoins. Les données épidémiologiques ainsi que les informations quantitatives et qualitatives concernant la mise à contribution des différentes institutions constituent les éléments fondamentaux de la planification.
- 4. Les enquêtes et recherches considérées comme nécessaires pour l'évaluation de la situation actuelle (CE QUI EST) devraient être planifiées, rapidement exécutées et évaluées en intégrant tous les participants. Cela améliore l'acceptation des résultats et dynamise le processus de planification.
- 5. Les expériences et besoins des patients et proches devraient être intégrés de manière ciblée au moyen d'enquêtes méthodologiquement appropriées. La simple représentation de proches ou de patients dans certains groupes de planification ne suffit pas à elle seule à remplir cet objectif.
- 6. Les milieux politiques et de l'administration devraient être informés assez tôt et de manière suivie sur les étapes intermédiaires des travaux et y être associés.
- 7. Les propositions (CE QUI DEVRAIT ETRE) devraient découler logiquement de ce qui est et pouvoir être reconstituées à partir de la situation telle qu'elle est évaluée (CE QUI EST).
- 8. Les coopérations aux interfaces de la prise en charge psychiatrique (à l'interne et à l'externe) devraient être spécialement prises en compte.

### **Programmes-types**

Les données à disposition, les bases et les discussions autour des structures de prise en charge psychiatrique montrent clairement la nécessité de promouvoir en Suisse des programmes-types assortis d'un accompagnement scientifique.

L'absence ponctuelle de données de base, lesquelles faciliteraient les décisions de politique de prise en charge, constitue une des raisons de cette nécessité, l'autre étant le manque de dynamique spécifique qui pourrait être considérablement augmentée par de nouveaux programmes-types. 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.

Le présent exposé montre qu'en psychiatrie il existe des structures de prise en charge et des processus de recours aux soins souvent compliqués et fortement imbriqués, qui sont encore peu compris. A cet égard, il faudrait créer des conditions-cadres qui permettent, à l'intérieur d'un domaine limité, de faire de la recherche sur des modèles de prise en charge plus complexes.

**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, comme c'est déjà le cas depuis longtemps et avec succès en Allemagne.

## **Annexe III**

### **Exemples de pratiques innovantes**

#### **S. Gurtner**

Vous trouvez ci-après un choix d'exemples de pratiques innovantes qui illustrent de manière convaincante la stratégie de la santé psychique. Bon nombre de ces exemples ont été répertoriés dans l'inventaire *Santé psychique – Stratégies et mesures en Suisse* (E. Bruhin) ; certains ont été présentés lors des journées de travail consacrées à la santé psychique alors que d'autres ont été connus grâce à la participation de leurs représentants au processus d'élaboration de la présente stratégie.

#### **Critères de sélection**

Les critères suivants ont été décisifs pour le choix des exemples :

1. Les valeurs fondamentales de la stratégie dictent les actions
2. Approche de santé publique :
  - Empowerment : la participation en tant que méthode de travail est établie
  - Promotion de la santé: application des principes de la salutogénèse
  - Procédure interdisciplinaire et multisectorielle
  - Accent mis sur les conditions de vie (approche par les milieux de vie = settings)
3. Les exemples sont basés sur l'évidence
4. Ils illustrent des offres de prise en charge spécifiques à l'âge, applicables aux différentes étapes de la vie
5. Ils illustrent les 10 recommandations de la stratégie de santé psychique.

Comme il n'est pas possible, dans le cadre de ce rapport, de tenir compte de toutes les offres de pratiques innovantes, les exemples suivants ont été choisis en raison de leur caractère représentatif.

#### **1. Exemples de pratiques innovantes en matière de promotion de la santé / prévention**

##### ***Promotion des relations dans la petite enfance : La Courte Echelle***

Objectif: La Courte Echelle veut être un lieu de rencontre, d'échange et d'expérience enrichissante selon le modèle de la « Maison Verte » de la psychologue Françoise Dolto. Ce centre de jour entend promouvoir l'éclosion du sentiment de sécurité et de confiance en soi de l'enfant, la communication entre enfants en tant que personnalités indépendantes et leurs parents et la prise de conscience de la notion des limites. Le centre entend préparer les enfants, tout comme les parents, à une séparation ultérieure et représente un système de soutien où les parents peuvent recevoir des conseils avant la scolarisation de leurs enfants.

Public cible: enfants en âge préscolaire (jusqu'à cinq ans) et leurs personnes de référence (la plupart du temps les parents).

Procédure/méthode: du temps et un local sont mis à disposition des parents pour qu'ils cultivent une relation de qualité avec leur enfant et profitent d'échanges avec les autres parents et les éducateurs.

Financement: le projet dispose d'un budget annuel de Fr. 72'000.-. La Ville de Neuchâtel, le canton ainsi que des dons d'institutions et de personnes privées financent l'association. Les bénéficiaires de ce projet paient un prix indicatif de Fr. 2.-/visite.

Evaluation/assurance qualité: supervision régulière

Contact: La Courte Echelle, Fausses-Brayes 3, 2000 Neuchâtel. Personne de contact: *Johanna Schürmann*.

***Enfants et adolescents: concept, programme, intervention « atout jeune » / « jung und stark » (j&s) – pro juventute Suisse***

Objectif: soutien de projets qui encouragent en Suisse l'apprentissage socio-émotionnel et la gestion des conflits entre enfants et adolescents.

Public-cible: institutions, professionnels et experts, enfants, adolescents, parents, pédagogues, personnes travaillant avec les jeunes dans toute la Suisse.

Procédure/méthode: lancement, conseils, soutien (professionnel et financier), mise en réseau et coordination de projets de promotion de la santé; conseils individuels en matière de promotion de la santé ; recherches, publications et documentation visant à promouvoir les compétences de vie et à gérer les conflits entre enfants et adolescents ; organisation de journées de travail servant à donner des impulsions et renseignements sur des possibilités de perfectionnement.

Mise en réseau: Promotion Santé Suisse et des professionnels s'occupant d'enfants et d'adolescents ainsi que personnes spécialisées en promotion de la santé.

Durée: 2001-2004 (durée du projet)

Financement: (presque) entièrement financé par Promotion Santé Suisse.

Assurance qualité/évaluation: selon les normes de Promotion Santé Suisse

Contact: j&s/pro juventute, Seehofstrasse 15, Postfach, 8032 Zürich, [info@jungundstark.ch](mailto:info@jungundstark.ch), [www.jungundstark.ch](http://www.jungundstark.ch), personne de contact: *Michael Baumgartner*.

***Enfants et adolescents : Foyer Platanenhof – Intégration sociale d'adolescents perturbés***

Objectif: promotion du bien-être psychique par l'amélioration des compétences sociales et des conditions de réintégration, qu'il s'agisse d'une nouvelle scolarisation ou de la préparation et de l'accomplissement d'une formation professionnelle par ex.

---



C'est le retour à la « normalité » qui est recherché, celle qui en vaut la peine aux yeux des adolescents et qui soulage la société.

Public-cible: des adolescents qui expriment leur mal-être par des actes délictueux ou par un état de grave abandon, en se laissant couler.

Procédure/méthode: organisation du séjour dans le foyer selon le principe de la coexistence, condition de l'indépendance (vivre et laisser vivre, la liberté d'un individu s'arrête là où commence celle des autres, d'où la nécessité d'avoir des règles). Caractéristiques des « Besondere Unterrichts- und Betreuungsstätte BUB » (foyers d'éducation spécialisés, module de la palette d'offres du projet) : pas d'obligation d'aller à l'école, prise en charge globale, cohérence, claire séparation et attribution des rôles, soutien indirect complémentaire et plan d'éducation. Socialisation en donnant la priorité à la modification du comportement et de l'attitude, en renforçant la confiance dans des nouveaux modèles de comportement, en améliorant le sens des responsabilités et en développant des perspectives professionnelles.

Durée: adaptée à l'évolution de la personne

Financement: par les autorités de justice ou de tutelle (exceptionnellement par l'AI)

Assurance qualité/évaluation: le programme est évalué à long terme par un organe spécialisé et contrôlé par les instances de surveillance du département de l'instruction publique.

Contact: Platanenhof - Kant. Jugendheim, Häslersstrasse, 9242 Oberuzwil SG, [christian.crottogini@sg.ch](mailto:christian.crottogini@sg.ch); personne de contact: *Christian Crottogini*.

***Stress: Fédération suisse des psychologues (FSP) – Programme Psychiquement en forme sur le lieu de travail***

Objectif: par l'intermédiaire d'internet, informer de *manière interactive et orientée en fonction des besoins* sur le *stress qui rend malade* au lieu de travail, sur les effets du stress, les moyens de le réduire et de le prévenir.

Public-cible: employeurs, responsables du personnel et collaborateurs des entreprises en prêtant une attention particulière aux petites et moyennes entreprises.

Procédure/méthode: diffuser sur internet des informations à la portée de tous, signaler les offres des professionnels et présenter une liste de points à contrôler soi-même par rapport au thème du stress.

Mise en réseau: le secrétariat d'Etat à l'économie, la Société suisse de médecine du travail, la SUVA, les psychologues du travail de l'Université de Berne et de l'EPF-Zurich. Le but est d'atteindre une coordination formelle entre les institutions et organisations intéressées.

Durée/échéance: dès 2003 jusqu'à une date indéterminée.

Financement/coûts: pour le lancement du programme, les organisations financièrement responsables ont mis Fr. 90'000.- à disposition. Les coûts d'exploitation

sont évalués à Fr. 170'000.- pour la première année. L'évolution des coûts dépendra principalement de la demande des groupes-cibles (conseils interactifs et feedbacks).

Assurance qualité/évaluation: évaluation préalable dans les PME.

Contact: Fédération Suisse des Psychologues, Choisystrasse 11, 3014 Berne  
[info.fsp@psychologie.ch](mailto:info.fsp@psychologie.ch), [www.psychologie.ch](http://www.psychologie.ch), personne de contact: *Daniel Habegger*.

**Personnes âgées: *Stiftung Berner Gesundheit (BEGES) - Donna, Nonna, ma Donna***

Objectif/groupe-cible: sensibiliser les personnes âgées à faire un usage raisonnable des somnifères, tranquillisants et médicaments contre la douleur dans la vie quotidienne et renforcer les compétences de santé des femmes les moins privilégiées dès 55 ans.

Procédure/méthode: séances d'information dans les entreprises et les institutions, suivies par six rencontres consacrées à des échanges. Le thème des compétences et des ressources des femmes est abordé par le biais d'informations, de brèves scènes filmées, d'exercices ludiques et d'entretiens.

Mise en réseau: organisations ancrées dans le tissu local (centre de quartier, organisations d'étrangers, etc.) et entreprises

Durée/échéance: 4 ans

Financement/coûts: compris dans le mandat de la direction de la santé et de l'aide sociale du canton de Berne.

Assurance qualité/évaluation: accompagnement par un groupe d'expertes ainsi que par des femmes issues du groupe-cible qui veillent à ce que le projet soit proche de la réalité. Est également prévue l'évaluation d'un sondage auprès des participantes auquel prend part une professionnelle de l'Institut de médecine sociale et préventive (IMSP) de l'Université de Berne.

Contact: Berner Gesundheit, Eigerstrasse 80, 3000 Bern 23, [christine.hefti@beges.ch](mailto:christine.hefti@beges.ch), [www.beges.ch](http://www.beges.ch), personne de contact: *Christine Hefti Kraus*.

**Personnes âgées: *concept du canton de Thurgovie***

Objectif: maintien et promotion de la qualité de vie des personnes d'un âge avancé; créer les conditions-cadres pour une vieillesse active et pleine de sens et mettre à disposition les offres d'aide nécessaires.

Objectifs supérieurs: 1. Etre pris au sérieux en ce qui concerne ses besoins et avoir son mot à dire 2. Avoir le choix entre plusieurs alternatives et pouvoir décider soi-même 3. Avoir des tâches et le potentiel pour les assumer et être accepté par la société comme un membre utile 4. Etre intégré 5. Recevoir une aide nécessaire de qualité 6. Pouvoir payer l'aide 7. Faire l'expérience de la solidarité et faire preuve de solidarité 8. Tenir compte des aides de l'Etat qui sont subsidiaires.

Groupe-cible principal: les personnes âgées

---

Procédure Promotion de la santé/prévention/intégration (à choix): renforcement de l'aide aux seniors et du travail bénévole, coordination et mise en réseau non bureaucratique mais systématique au niveau de la collectivité et des différents prestataires professionnels et bénévoles, renforcement de la coordination du travail en faveur des personnes âgées au niveau cantonal, services d'aide et de soins à domicile bien implantés, visites à domicile préventives, centres de prestation régionaux, offres visant à soulager les proches soignants, prestations complémentaires des services d'aide et de soins à domicile dans le domaine non subventionné, expérimentation de nouvelles formes de logement/prise en charge, constructions tenant compte des besoins des personnes âgées et handicapées et offres correspondantes de conseils pour les maîtres d'ouvrage et les architectes.

Mise en réseau: communes, paroisses, associations, Pro senectute, fournisseurs de prestation privés, entraide entre personnes âgées, homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux, etc.

Publié: octobre 2000

Financement/coûts: pas de données

Assurance qualité/évaluation: controlling, audits, formation continue et perfectionnement

Contact: Office de la santé publique du canton de Thurgovie, Zürcherstr. 194a, 8510 Frauenfeld, Téléphone: 052 724 22 73, Homepage: [www.tg.ch/gesundheitsamt](http://www.tg.ch/gesundheitsamt).

***Violence: Centre suisse de prévention de la criminalité – campagne de prévention contre la violence domestique***

Objectif: étendre la prévention/sensibilisation de l'opinion publique; encourager/renforcer dans la population la notion d'autodéfense et le niveau de tolérance zéro face à la violence domestique; informer sur des moyens de protection simples; adapter les besoins de sécurité aux conditions réelles; empêcher l'augmentation de la criminalité.

Groupe-cible: représentants de la police, de l'administration, du monde politique, des institutions sociales de toute la Suisse, le public en général.

Procédure/méthode: formation de la police, développement de l'organisation, mise en réseau/coordination, sensibilisation de l'opinion publique.

Mise en réseau: conseils aux personnes coupables de violence (bureaux spécialisés contre la violence masculine), conseils et aide aux victimes (maisons de la femme), Conférence suisse des délégués à l'égalité, aide aux victimes, services d'intervention et projets contre la violence domestique.

Durée/échéance: au moins 2 ans

Financement/coûts: budget annuel de Fr. 450'000.- (cantons, Villes de Berne et de Zurich 9 ct/par habitant, contribution annuelle de la Confédération Fr. 90'000.-.

Assurance qualité/évaluation: commission d'examen (5 conseillers d'Etat) en tant qu'instance de contrôle.

Contact: Centre suisse de prévention de la criminalité, Case postale 2073, 2001 Neuchâtel, [info@prevention-criminalite.ch](mailto:info@prevention-criminalite.ch), [www.prevention-criminalite.ch](http://www.prevention-criminalite.ch), personne de contact: *Peter Giger*.

## 2. Exemples de pratiques innovantes en matière d'entraide

### ***Aide à soi-même: association Equilibrium***

Objectif/groupe-cible: promotion du principe de précaution, traitement et guérison des dépressions et de maladies à tableau clinique bi-polaire, sensibilisation de l'opinion publique visant à freiner la stigmatisation des maladies psychiques.

Procédure/méthode: soutien des groupes d'entraide existants (plus de 60 en Suisse alémanique); aide à la création de nouveaux groupes d'entraide pour les personnes concernées/proches; manifestations, journées de travail, séminaires, exposés sur le thème des dépressions; cours de vacances pour les personnes concernées et leurs proches; collaboration à des projets de recherche, sensibilisation de l'opinion publique.

Mise en réseau: organisations dont l'objectif est comparable.

Durée/échéance: association fondée en 1994.

Financement/coûts: contributions des membres, des donateurs, contributions des autorités/entreprises/sociétés/institutions, fondations économiques et scientifiques, recettes provenant de manifestations, donations de la fondation Werner Alfred Selo.

Assurance qualité/évaluation:

Contact: equilibrium, Ibelweg 20, 6300 Zug, [info@depressionen.ch](mailto:info@depressionen.ch), [www.depressionen.ch](http://www.depressionen.ch), personne de contact: *John Kummer*.

### ***Participation: le conseil de la direction de la psychiatrie sociale et communautaire des services psychiatriques universitaires (UPD) de Berne***

Objectif/groupe-cible: promotion de la compréhension mutuelle et démantèlement des obstacles entre clinique, patients et proches; amélioration du droit de participation des patients.

Procédure/méthode: conseiller la direction en cas de problème et soutien lors de la réalisation de projets orientés vers les patients; rédiger des prises de position. Faire de la médiation entre les patients/proches et la clinique. Réclamer une prise de position de la direction en cas de questions importantes.

Activités/thèmes: guider les patients, convention portant sur le traitement, boîte aux lettres où les patients et proches mais aussi le personnel peuvent déposer leurs souhaits, dialogue tripartite, visites dans différents services / institutions, entretiens avec les collaborateurs, réintégration, problèmes à l'entrée/sortie des services psychiatriques,

faire des patients et proches des partenaires « majeurs », mesures de contrainte, mesures d'économie.

Limites: pas de « personnalité marquante », pas de « pouvoir véritable » (--> goodwill de la direction), protection des données / secret médical, continuité rendue plus difficile, niveau d'information différent.

Composition: 3 personnes expérimentées en psychiatrie, 3 proches ainsi que 3 professionnels (médecin généraliste, représentante des professions sociales, médecin-chef de clinique).

Durée/échéance: institution permanente depuis janvier 1997.

Financement/coûts: travail à titre honorifique ; administration et frais éventuels : SPU.

Assurance qualité/évaluation: évaluation régulière de la situation

Contact: conseil de clinique de la direction de la psychiatrie sociale et communautaire des services psychiatriques universitaires de Berne, Laupenstrasse 49, 3000 Berne 10, [beirat@upd.ch](mailto:beirat@upd.ch), personne de contact: Hans R. Gessler.

**Participation: la convention de traitement de la clinique universitaire de psychiatrie sociale et communautaire, Berne**

Objectif: collaboration active des personnes concernées au traitement clinique. Amélioration du rapport entre personnes concernées et professionnels dans le but commun d'optimiser les conditions de traitement (négociation du traitement). Promotion et respect de l'autonomie recherchée par les patients.

Groupe-cible: patients ou leurs soignants en milieu ambulatoire/hôpitalier qui le souhaitent; patients dont la dernière hospitalisation a été faite contre leur gré; patients qui, par suite d'une hospitalisation retardée en dépit de la présence de signaux d'alarme ou de symptômes de la maladie, ont porté préjudice à eux-mêmes ou à autrui ; patients qui se sont montrés peu coopératifs lors de leur dernière hospitalisation et qui l'ont vécue/ou que leurs soignants ont vécue comme peu satisfaisante, voire même blessante.

Procédure/méthode: engagement d'un commun accord entre partenaires concernés à saisir les opportunités de négociation et de partenariat.

Mise en réseau: échanges d'expériences avec d'autres cliniques de Suisse qui ont adopté ce concept (par ex. St. Urban, Soleure).

Durée/échéance: depuis 1996.

Financement/coûts: intégrés dans les frais d'exploitation de la clinique, ombudman financé par des fonds provenant de tiers.

Assurance qualité/évaluation: évaluation/contrôle du résultat dans le cadre des soins de longue durée, ombudsman (clarification des écarts, conflits), surveillance de l'ensemble du projet par la direction de la clinique universitaire de psychiatrie sociale et communautaire, Berne.

Contact: services psychiatriques universitaires de la clinique de psychiatrie sociale et communautaire, Laupenstrasse 49, 3010 Berne, [hbrenner@spk.unibe.ch](mailto:hbrenner@spk.unibe.ch), [www.upd.unibe.ch](http://www.upd.unibe.ch); personne de contact: Hans Dieter Brenner.

**Entraide: Association de familles de malades souffrant de schizophrénie ou de troubles psychiques (Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie/psychisch-Kranken – VASK)**

Objectif / groupe-cible: faciliter l'entraide aux familles proches de malades souffrant de schizophrénie/troubles psychiques, représenter leur point de vue face aux professionnels et à l'opinion publique et susciter ainsi de la compréhension quant aux problèmes que rencontrent les personnes concernées ; améliorer le dialogue tri-partite (personnes concernées, proches, professionnels) ; améliorer la collaboration avec les professionnels en psychiatrie dans le sens d'un partenariat ; collaboration avec les associations/institutions qui poursuivent un but semblable.

Procédure/méthode: entraide : soutien réciproque permettant de s'adapter aux circonstances changeantes de la vie, de gérer des sentiments d'accablement, d'empêcher l'isolement, d'échanger des expériences/informations ; travail de sensibilisation de l'opinion publique.

Mise en réseau: professionnels, organisations à buts similaires.

Durée/échéance: depuis 1985/86

Financement/coûts: travail à titre honorifique (> 10'000h/an); soutien financier de Agile (OFAS) pour le secrétariat et les actions, sponsors (e.a. 3 firmes pharmaceutiques, soutien de projets de formation et de perfectionnement pour les proches et de projets de sensibilisation de l'opinion publique).

Assurance qualité/évaluation: rapport annuel à l'attention de l'OFAS.

Contact: VASK Schweizerischer Dachverband, Geschäftsstelle, Postfach 747, 6015 Reussbühl, [vaskschweiz@bluewin.ch](mailto:vaskschweiz@bluewin.ch), [www.vask.ch](http://www.vask.ch); personne de contact : Margrit Dubi, [info@stiftungmelchior.org](mailto:info@stiftungmelchior.org) .

### **3. Exemples de pratiques innovantes en matière d'offres de prise en charge psychiatrique**

#### **Planification subséquente II – concept psychiatrique du canton de Bâle-Campagne**

Objectif: montrer les besoins de développement et d'adaptation qui caractérisent la prise en charge psychiatrique de base, par ex. renforcement de la prévention, détection et intervention précoces ; identification des mesures visant à combler les lacunes de prise en charge ; meilleure coordination de la psychiatrie avec la prise en charge somatique.

Groupe cible/mise en réseau: l'ensemble des institutions et personnes participant à la prise en charge psychiatrique, y compris à ses interfaces: fournisseurs de prestation publics/d'utilité publique/privés – en milieu hospitalier/semi-hospitalier/ambulatoire – de

la psychiatrie/médecine générale – cantonaux/extra-cantonaux, professionnels (plus de 100 spécialisations), personnes concernées/proches et membres des professions médicales/psychologiques/soignantes/sociales et autres.

Critères méthodologiques de planification: processus de planification ouvert et participatif, processus de décision transparents et bon déroulement de l'information; enquêtes et recherches pour l'évaluation de la situation actuelle (CE QUI EST) exécutées rapidement et évaluées en incluant tous les participants; intégration des expériences et besoins des patients et proches au moyen d'enquêtes appropriées; association régulière et suffisamment tôt des milieux politiques et de l'administration; propositions de planification (CE QUI DEVRAIT ETRE) qui découlent logiquement de CE QUI EST et doivent pouvoir être reconstituées à partir de la situation telle qu'elle est évaluée; prise en compte particulière de la coopération aux interfaces de la prise en charge psychiatrique, à l'interne et à l'externe.

Durée: juin 1999 – octobre 2002

Coûts de la planification subséquente II: environ CHF 600'000.- (financement du projet par le canton).

Financement de la mise en oeuvre: dans le cadre du budget (pour autant que la mise en oeuvre des différentes mesures soit garantie conforme au plan-cadre).

Assurance qualité/évaluation: données épidémiologiques et informations quantitatives et qualitatives sur le recours aux différentes institutions; processus de planification en tant que tel.

Contact: services psychiatriques cantonaux, Bienentalstrasse 7, 4410 Liestal, [verwaltung@kpd.ch](mailto:verwaltung@kpd.ch), [theodor.cahn@kpd.ch](mailto:theodor.cahn@kpd.ch), [www.kpd.ch](http://www.kpd.ch), personne de contact: Theodor Cahn.

### **Soins infirmiers: Fribourg – loi sur l'organisation des soins dans le domaine de la santé psychique**

Objectif/groupe-cible: la loi doit permettre à chaque personne qui souffre d'un trouble psychique de recevoir des soins qui permettent un suivi continu dans un environnement familial et favorisent parallèlement l'autonomie de la personne concernée.

Procédure/méthode: planification sectorielle des soins dans le domaine de la santé psychique; promotion de la santé psychique et prévention des troubles psychiques; application des droits et des devoirs des patients.

Forme d'organisation/organes: secteurs = organismes fonctionnels avec équipe et direction interdisciplinaires, intégration des soins psychiatriques dans les soins généraux aux malades sous la direction de l'institution cantonale compétente en matière de santé psychique; organes de l'institution: conseil d'administration, collège de la direction, organe de révision.

Mise en réseau: professionnels de la santé, institutions de santé publique, établissements d'exécution des peines et des mesures, autorités cantonales.

Durée/échéance: illimitée, jusqu'à l'abrogation de la loi.

Financement/coûts: moyens propres de l'institution: recettes de la facturation des coûts, contributions de recherche et d'enseignement des institutions et cantons concernés, participation d'autres corporations de droit public, donations/legs, recettes d'exploitation, produit de la réalisation de la fortune propre.

Assurance qualité/évaluation: conseil d'administration en tant qu'organe de contrôle.

Contact: direction de la santé et des affaires sociales, Route des Cliniques 17, 1700 Fribourg, [sas@fr.ch](mailto:sas@fr.ch), personne de contact: Ruth Lüthi.

**Conseils d'assistance: Tessin – Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) (loi sur l'assistance sociopsychiatrique); voir à ce sujet aussi la LPAAM du 7. 12. 1979 (Loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques, art. 1B(5) de la législation genevoise**

Objectif de la loi: art. 1 a) Protéger les droits des personnes qui ont besoin d'être soignées et créer les conditions qui garantissent à ces personnes une assistance psychiatrique et socio-psychiatrique qui soit conforme à leur liberté individuelle.

Groupe-cible: personnes visées par l'article 397a du CCS; personnes qui pourraient mettre leur vie en danger ou celle d'autrui; personnes frappées d'une peine pénale au sens du code pénal suisse; personnes qui ont besoin de mesures complémentaires thérapeutiques et réadaptatives dans le cadre de la psychiatrie sociale.

Procédure en matière de conseils d'assistance: selon l'art. 43 de la LASP, la personne concernée a le droit de se faire assister en tout temps par une personne de confiance et d'être secondée pour la sauvegarde de ses intérêts personnels et pécuniaires et cela, en tenant compte des dispositions du droit fédéral des tutelles. Le Conseil d'Etat tessinois confie à une organisation de droit privé d'importance nationale, sans but lucratif, et ayant au moins 10 ans d'expérience dans la tutelle de malades psychiques, la tâche de nommer des conseillers dont le rôle est d'assister et d'instaurer un « service d'assistance » permanent, indépendant, ayant une fonction de médiation au sein des institutions,

Organes de mise en œuvre de la LASP: unités thérapeutiques réadaptatives (unité thérapeutique réhabilitative, UTR) intersectorielles, privées ou publiques; UTR réunies dans les Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) ; conseil cantonal psycho-social (CPSC); commission juridique (CG).

Mise en réseau: autorités cantonales, personnes physiques et morales du domaine de la prise en charge psychiatrique et sociale, structures des systèmes sanitaires, sociaux et d'instruction publique.

Echéance: la loi est entrée en vigueur au 1er mai 2000; durée illimitée jusqu'à l'abrogation de celle-ci.

Financement/coûts: pas de données.

Assurance qualité/évaluation: enquête épidémiologique basée sur les données des UTR ; approbation de la planification de la psychiatrie sociale (CPSC) par le Conseil



d'Etat ; chaque 4 ans, débats sur la planification de la psychiatrie sociale au Conseil d'Etat et au Grand Conseil ; établissement d'un rapport, traitement des recours par la commission juridique.

Contact: Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, via Agostino Maspoli, 6850 Mendrisio, [dss-osc@ti.ch](mailto:dss-osc@ti.ch); [www.ti.ch/DSS/DSP/OrgSC/](http://www.ti.ch/DSS/DSP/OrgSC/); personne de contact : Michele Salvini.

***Intégration/réinsertion : concept/programme Intégration pour tous***

Objectif: soutien de la réintégration sociale et professionnelle de malades chroniques physiques, psychiques ou mentaux ou de handicapés en tenant compte du principe de la co-responsabilité. Gagner/regagner son indépendance pour l'individu.

Groupe-cible: malades chroniques physiques, psychiques ou mentaux ou personnes handicapées des cantons de Genève, Vaud, Valais et Fribourg. Il est prévu que cette organisation étende son activité dans d'autres cantons.

Procédure/méthode: reconstruire des sentiments d'estime de soi/d'utilité et d'appartenance sociale, préparer à reprendre une activité professionnelle (aptitude à travailler/fourniture d'un travail), assurer un emploi fixe ou temporaire et un soutien grâce à des modules d'offres taillées sur mesure.

Mise en réseau: entreprises, seco, OFAS, départements cantonaux d'économie publique, départements cantonaux des affaires sociales, bureaux de placement, caisses de chômage, centre d'informations professionnelles, institutions spécialisées, communes, centres médico-sociaux, SUVA, Offices cantonaux AI, hôpitaux/médecins/ligues de la santé, Loterie Romande, club d'entreprises, tierces personnes.

Durée/échéance: existe depuis 1972 et jusqu'à nouvel ordre.

Financement/coûts: budget d'exploitation 2003 Fr. 7'400'000.-

Assurance qualité/évaluation : certificat ISO 9001, certificat EduQua.

Contact: Fondation ipt, Direction générale, Rue des Condémines 36, 1950 Sion, [direction.generale@fondation-ipt.ch](mailto:direction.generale@fondation-ipt.ch), [www.fondation-ipt.ch](http://www.fondation-ipt.ch), personne de contact : Christine Théodoloz-Walker.

***Intégration: ipw – Integrierte Psychiatrie Winterthur (psychiatrie intégrée Winterthur)***

Objectif: créer un système de prise en charge psychiatrique offrant aides et prestations de services, lequel procure un accès optimal, l'efficacité et la flexibilité des offres.

Groupe-cible: la région de Winterthur (180'000 habitants).

Procédure/méthode: mise en réseau de toutes les offres de traitement et de suivi privées, communales et publiques. Offres publiques spécialisées, décentralisées et intégrées dans la communauté réunies sous un seul toit: psychiatrie générale (unité d'urgence, soins ambulatoires, clinique de jour, unité d'accueil ouverte et de réadaptation), centre de compétence gérontopsychiatrique (gérontopsychiatrie en ambulatoire et en clinique de jour, unité de soins aigus et de thérapie, unité

d'évaluation, unités spécialisées pour séjours de longue durée et groupements de logements, ergothérapie et physiothérapie), centre d'intervention en cas de crises au centre-ville, policlinique psychiatrique à l'hôpital cantonal (service de liaison psychiatrique, consultations générales et spécialisées), offres pour les jeunes adultes (conseils aux adolescents pour répondre à leurs problèmes, unité de psychothérapie Villa, services médicaux dans les institutions socio-pédagogiques), traitement des dépendances (bureau de consultation pour les problèmes de drogues, d'alcool, centre IKARUS pour les traitements à l'héroïne et à la méthadone) et services centraux (service de coordination et de consultation ipw, gestion par cas, service social, service d'expertise psychiatrique, évaluation des traitements, gestion de la qualité).

Coordination de toutes les offres des fournisseurs privés et communaux dans le réseau de prise en charge par le biais de la commission psychiatrique régionale et de divers organes, forums socio-psychiatriques suprarégionaux et groupes de travail sur les projets en cours.

Partenaires de la prise en charge régionale: outre l'institution ipw, les partenaires importants sont la société médicale, la psychiatrie sociale, les sociétés de psychiatres, de psychothérapeutes psychologiques, de proches des malades (VASK) ainsi que la Ville de Winterthur (office social, soins aux personnes âgées, services d'aide et de soins à domicile). Ils sont réunis dans la commission régionale de psychiatrie.

Durée/échéance: le projet couvre la période de janvier 1999 à mars 2003.

Financement/coûts: Fr. 2,8 millions

Assurance qualité/évaluation: saisie de la qualité des processus et des résultats des traitements psychiatriques (outcome) dans le système de prise en charge ipw. Evaluation du projet par la firme Orgalife, Zürich.

Contact: direction ipw, Wieshofstrasse 102, Postfach 144, 8408 Winterthur, [info@ipwin.ch](mailto:info@ipwin.ch); [www.ipwin.ch](http://www.ipwin.ch); personne de contact: Peter Roth (directeur administratif), Andreas Andreae (médecin-chef).

### **Psychiatrie de liaison, Département de Psychiatrie/CHUV, Lausanne**

Mandat/objectifs: développer la psychiatrie afin qu'elle ne fasse plus cavalier seul et qu'elle s'allie à la médecine somatique; représenter la psychiatrie auprès des instances de décision; développer un concept du traitement d'urgence intégré pour les enfants, adolescents et personnes âgées; ancrer la psychiatrie dans la clinique générale; profiter de l'infrastructure technique universitaire et, en parallèle, soutenir les travaux scientifiques, aider à améliorer la perception des souffrances psychiques au sein de la médecine somatique; renforcer l'évolution en direction de la psychiatrie ambulatoire.

Groupe-cible: patients psychiatriques et leur entourage social/professionnel, organes de décision.

Procédure/méthode: intégration spatiale dans le quartier du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV); interdisciplinarité, travail coordonné de différentes divisions; représentation dans la direction du CHUV, prise d'influence sur la politique; transposition du concept de liaison pour les généralistes/le réseau de Lausanne en

dehors de l'hôpital ; extension d'une chaîne de soins à 3 niveaux : les centres primaires à proximité des personnes concernées (généralistes), les centres secondaires (ATPs = accueil temporaire psychiatrique, les centres tertiaires (services universitaires) ; projet Lausanne-Genève Santé psychique et psychiatrie sociale établissant un lien transversal en ce qui concerne l'âge et la maladie psychique/santé.

Mise en réseau : direction cantonale de la santé.

Durée/échéance: depuis 1996

Financement/coûts: financement partiel par le CHUV (CHF 800'000.-) et la psychiatrie qui dispose d'un montant global fixe jusqu'en 2004.

Assurance qualité/évaluation: un modèle correspondant est analysé.

Contact: Département Psychiatrie/CHUV, Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne, [patrice.guex@chuv.hospvd.ch](mailto:patrice.guex@chuv.hospvd.ch); personne de contact: *Patrice Guex*.

**Gérontopsychiatrie: Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ) Hegibach ZH, clinique psychiatrique universitaire de Zurich**

Mandat/groupe-cible: prise en charge complète, sous une seule responsabilité, comprenant les examens, le traitement et les conseils aux malades psychiques âgés de la région zurichoise, là où se trouve le patient, de manière ambulatoire, semi-hospitalière et hospitalière. Conseils aux personnes soignantes et institutions. Recherche et enseignement, formation de base, continue et perfectionnement offertes aux différentes catégories professionnelles.

Buts: rétablir ou améliorer la santé psychique et, lorsque c'est possible, obtenir le retour du malade dans son environnement habituel par de multiples offres de thérapie. Transfert du savoir-faire en matière de gérontopsychiatrie.

Attitude de base/procédure/méthode: vision globale orientée en fonction des besoins et des ressources; relations de confiance avec les patients, autodétermination et transparence ; continuité du traitement par une collaboration interdisciplinaire ; culture d'entreprise empreinte d'estime et stimulante du point de vue professionnel ; proximité de la collectivité.

Mise en réseau: ceux qui sont chargés d'aiguiller les patients, les services d'aide et de soins à domicile et les homes ; service de conciliation ; perfectionnement professionnel spécialisé et interdisciplinaire ; centre gérontopsychiatrique d'Hegibach ZU (GPZ) en tant qu'agent de liaison entre la recherche clinique, la prise en charge spécialisée et la prise en charge de base.

Financement: le GPZ fait partie du mandat de prestation (avec enveloppe budgétaire globale) passé entre la direction de la santé et la clinique psychiatrique universitaire de Zurich.

Assurance qualité/évaluation: déroulement multidisciplinaire des processus, normes techniques et liste de points à contrôler ; échange interdisciplinaire concernant les

points faibles et les fautes, vérification du déroulement des opérations et prise d'éventuelles mesures correctives.

Contact: GPZ Hegibach/PUK Minervastrasse 145, 8032 Zürich, [www.puk.unizh.ch](http://www.puk.unizh.ch),  
personne de contact: *Ursula Schreiter Gasser*.

## Annexe IV

### Bases légales

#### Bases générales

Le statut juridique des personnes malades et handicapées en raison d'un problème psychique est réglementé en Suisse par un grand nombre de normes juridiques au niveau de la Constitution, des lois et ordonnances. Les questions de la garantie du minimum vital, du traitement et du suivi ainsi que de l'intégration sociale et professionnelle des malades constituent l'essentiel du contenu de ces réglementations. Le système de la sécurité sociale (garantie du minimum vital) et surtout les systèmes de la santé, de l'aide aux handicapés et de l'action sociale s'occupent de ces tâches. Chacun de ces quatre domaines a connu sa propre évolution historique, dispose de ses propres structures d'organisation et est réglementé par des lois spécifiques. Nous les mentionnons brièvement ci-après.

Au niveau constitutionnel, il s'agit de tenir compte des dispositions suivantes :

- a) Droits fondamentaux et interdiction de discrimination: il va de soi qu'à chaque niveau d'action de l'Etat, il s'agit de tenir compte des droits fondamentaux garantis par la Constitution (art. 7 Cst. et suivants), y compris lorsqu'il s'agit de personnes malades et handicapées en raison d'un problème psychique. L'art. 8, al. 2 Cst. interdit expressément la discrimination de personnes souffrant d'une déficience psychique.
- b) Buts sociaux: Selon l'art. 41 Cst., la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie de la sécurité sociale (let. a) et bénéficie des soins nécessaires à sa santé (let. b).
- c) Sécurité sociale: afin de couvrir les besoins vitaux des personnes malades et handicapées en raison d'un problème psychique, entrent en jeu l'assurance-invalidité, qui fait partie des trois piliers que sont l'assurance vieillesse et survivants, l'assurance invalidité fédérale (art. 111/112 Cst.) et la prévoyance professionnelle (art. 113 Cst.). Tant que l'assurance-invalidité fédérale ne couvre pas les besoins vitaux, des prestations complémentaires doivent être versées (ch. 10 des dispositions transitoires de la Cst.) ; elles sont calculées selon le principe des besoins. En ce qui concerne le financement des coûts des traitements des maladies psychiques, l'assurance-maladie et accidents jouent un rôle central (art. 117 Cst.).
- d) Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons : La Confédération ne peut édicter des lois que lorsque la Constitution l'y autorise (art. 42, al. 1 Cst.). Les cantons sont compétents dans tous les autres domaines (art.

43 Cst.). Conformément à cette répartition des tâches, la Confédération est compétente en matière de sécurité sociale. En revanche, l'accomplissement des tâches dans le domaine de la santé, des handicapés et du social incombe aux cantons. Cette répartition des tâches est conforme au principe énoncé mais en pratique la situation est complexe.

### a) Santé

Les institutions du système de santé sont du ressort des cantons. Une loi cantonale sur la santé règle en particulier les domaines suivants :

- a) Police sanitaire: les cantons garantissent la protection de la population contre les dangers qui peuvent découler de mesures diagnostiques ou thérapeutiques. L'octroi d'une autorisation d'exercer les professions de la santé ainsi que la surveillance de celles-ci servent à garantir cette protection. Les cantons réglementent également la formation concernant les professions de la santé pour autant qu'il ne s'agisse pas de « professions scientifiques ». La Confédération légifère en matière de professions de la santé lorsque les études s'achèvent par un titre universitaire. Il y a de très grandes différences d'un canton à l'autre en ce qui concerne l'admission des psychothérapeutes non médecins à exercer la profession. La Confédération prépare actuellement un loi sur la psychologie qui devrait également avoir pour objet la formation des psychothérapeutes non médecins.
- b) Prise en charge hospitalière: les cantons ont la responsabilité d'assurer la prise en charge (psychiatrique) en milieu hospitalier. Ils assument cette tâche en tant que responsables financiers des hôpitaux et cliniques psychiatriques cantonales ou en subventionnant des cliniques privées. La prise en charge psychiatrique ambulatoire est organisée essentiellement sur une base privée. Dans ce domaine, les cantons n'agissent que subsidiairement. On trouve les bases légales concernant la prise en charge sanitaire dans les lois cantonales sur la santé ou dans une loi spéciale sur l'hôpital.
- c) Droit des patients: les droits et devoirs des patients font l'objet de normes inscrites dans les lois cantonales sur la santé ou dans des lois spéciales (lois ou ordonnances sur les droits des patients). Quelques cantons (le Tessin et Bâle-Ville par ex.) disposent d'une loi sur la psychiatrie qui règle le statut juridique des patients psychiatriques. Conformément à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (depuis 1993), les dispositions de droit fédéral sur la privation de liberté à des fins d'assistance ne constituent pas une base légale pour les mesures de contrainte. Ces dernières années, un nombre croissant de cantons ont donc légiféré dans ce domaine en complétant leurs dispositions cantonales sur les droits des patients.

Avec la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en tant qu'instrument de pilotage, la Confédération exerce une influence considérable sur le système de santé et donc également sur la prise en charge psychiatrique. Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, la LAMal garantit la couverture des coûts des traitements

psychiatriques ambulatoires et des séjours en clinique. Les psychothérapies effectuées par des non médecins ne sont pas couvertes, à l'exception des psychothérapies ayant lieu dans le cadre d'une délégation. Les cantons jouent un rôle important dans l'application de la loi sur l'assurance-maladie. En particulier, ils ont la tâche de planifier les besoins en traitements hospitaliers (planification des hôpitaux) et ils exercent une fonction arbitrale et de surveillance pour les conventions tarifaires passées entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations.

### **b) Domaine de l'aide aux handicapés**

Ce domaine fournit une grosse contribution à la prise en charge de malades psychiques chroniques. La création de foyers d'habitation, d'ateliers de travail et d'autres centres similaires a permis, durant ces 20 dernières années, de transférer la prise en charge des patients de longue durée des cliniques psychiatriques vers la collectivité. Le domaine de l'aide aux handicapés est également une tâche cantonale. La prise en charge des personnes handicapées s'effectuant principalement par des institutions privées, la densité normative dans ce domaine est plus faible que dans celui de la santé. Les cantons remplissent ici avant tout des tâches de planification, de coordination et de surveillance (surveillance des homes).

Du fait de la Loi sur l'assurance-invalidité (LAI), la Confédération veille à garantir le minimum vital et à intégrer les personnes atteintes d'un handicap lié à des problèmes psychiques. Il faut distinguer les prestations individuelles et les prestations collectives de l'AI. Les premières servent avant tout à la garantie du minimum vital (rente AI) et à l'intégration professionnelle (fourniture d'un travail, reconversion, perfectionnement professionnel, etc.). Une nouvelle prestation d'assurance, qui a été introduite avec l'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI, est l'allocation d'assistance, visant à aider les personnes psychiquement handicapées dans les actes courants de la vie. Elle doit permettre aux personnes concernées d'organiser leur vie de manière autonome, dans leur propre logement. Par des prestations collectives, la Confédération encourage les offres résidentielles (art. 73 LAI; établissements, ateliers et homes) et ambulatoires (art. 74; par ex. consultation sociale, logements protégés) pour les handicapés. Dans le cadre de la nouvelle péréquation financière, il est prévu de transférer aux cantons la compétence en matière de financement des établissements résidentiels.

La loi sur l'égalité pour les handicapés, qui est entrée en vigueur le 1.1.2004, met en oeuvre le mandant constitutionnel de l'art. 8, al. 4 Cst., lequel prévoit qu'il faut prendre des mesures en vue d'éliminer les inégalités qui frappent les personnes handicapées. La loi constitue avant tout une réponse par rapport aux inégalités qui frappent les personnes physiquement handicapées.

### **c) Domaine de l'action sociale**

Dans ce domaine, il convient de distinguer entre l'aide sociale facultative et les interventions à des fins d'assistance.

L'aide sociale facultative a pour objectif de conduire l'individu concerné à l'indépendance économique et personnelle. A cet effet, l'aide sociale fournit des prestations économiques de soutien et offre une aide personnelle (consultation sociale). Les lois cantonales sur l'aide sociale fournissent la base légale.

Quant à ce qu'on appelle les interventions à des fins d'assistance, les bases légales de se trouvent dans le droit de tutelle (CCS art. 360 et suivants) dont l'application est du ressort des cantons. Lorsqu'une personne psychiquement malade nécessite une aide ou une protection particulière, l'aide peut à certaines conditions être fournie sans ou contre sa volonté (tutelle, conseil, curatelle). Sous le titre de la privation de liberté à des fins d'assistance (art. 397a et suivants CCS), le droit de tutelle règle également la question des conditions à réunir pour qu'une personne psychiquement malade soit hospitalisée contre son gré dans un établissement (en règle générale une clinique psychiatrique). A la faveur d'une révision totale, le droit de tutelle est censé être remplacé, dans les prochaines années, par un futur droit de protection des adultes.



## Annexe V

### Bibliographie <sup>10</sup>

Abderhalden C, Lüthi R, Mazzola R, Wolf S, WE'G, Hrsg.. Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-Klientinnen/Klienten in den Kantonen Zürich und St. Gallen - Schlussbericht. Zürich; 2003.

Aebersold A, Schopfer C, Stitelmann J, Willequet P. L'envol et le lien. 10 ans d'activité au Cerf-Volant, lieu d'accueil parents-enfant. Genève: Editions Suzanne Hurter; 2000.

Aguilera DC. Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2000.

Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hrsg.. Arbeitsdokument 2. Neuenburg: edition obsan; 2003.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band I. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band II. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2002.

Althaus D, Hegerl U. Evaluation suizidpräventiver Massnahmen – Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. Der Nervenarzt. 2001;9:677-84.

Angermeyer M, Matschinger H, Holzinger A. Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. Psychiatr Prax. 1997;24:215-20.

Antonovsky A. A Call for a New Question – Salutogenesis and a Proposed Answer - the Sense of Coherence. Journal of Preventive Psychiatry. 1984;2:1-13.

Baer N, Cahn T. Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem. Manag Care. 2003;4:34-38.

Baer N, Cahn T, Brenner HD, Felder W. Psychiatrische Versorgungsstrukturen: Probleme und Empfehlungen. 2003. Unveröffentlicht.

Baer N, Domingo A, Amsler F. Diskriminiert – Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. Forschung für die Praxis – Hochschulschriften. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003.

---

<sup>10</sup> Selon Uniform Requirements des International Committee of Medical Journal Editors, Juin 2003. Les documents officiels suisses sont référencés en allemand. La version française existe aussi.

---

Beeler I, Lorenz S, Szucs T. Provision and Remuneration of Psychotherapeutic Services in Switzerland. *Soz und Praventivmed.* 2003;48(2):88-96.

Borgetto B. Gemeinschaftliche Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. Stand der Forschung. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M, Hrsg.. *Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003. S. 155-161.

Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M. Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt.* 2000;71:691-99.

Bruhin E, Ducommun M. Psychische Gesundheit: Strategien und Massnahmen in der Schweiz. *Nationale Gesundheitspolitik Schweiz,* Hrsg.. Bern; 2002. Verfügbar unter: [http://www.nationalegesundheits.ch/main/show\\$id=1317.html](http://www.nationalegesundheits.ch/main/show$id=1317.html) .

Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. *Migration und Gesundheit - Strategische Ausrichtung des Bundes 2002 - 2006.* Bern; 2002.

Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. *Forschungskonzept Gesundheit 2004 – 2007.* Bern; 2002.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. *IV-Statistik 2002. Statistiken zur sozialen Sicherheit.* Bern; 2003a.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. *Spitex-Statistik 2001. Statistiken zur sozialen Sicherheit.* Bern; 2003b.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. *Die längerfristige Altersvorsorge beginnt heute. Soziale Sicherheit, 3.* Bern: Vertrieb BBL; 2003.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. *Präzisierungen im Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH). IV-Rundschreiben Nr. 180.* Bern; 2003.

Bundesamt für Sozialversicherung; Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Bereich Werkstätte, Wohnheime und Organisationen, Hrsg.. *Interne Statistik.* Bern; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. *Kosten des Gesundheitswesens: Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995.* Neuenburg; 2002.

Bundesamt für Statistik; Informationsdienst, Hrsg.. *Kosten des Gesundheitswesens: Entwicklung 1960-2000.* Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. *Statistisches Jahrbuch der Schweiz.* Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. *SAKE 2002 in Kürze – Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2002.* Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. *Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001.* *Gesundheit, 14.* Neuenburg; 2003.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.* Schwabenheim a. d. Selz; 1996.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln; 1998.

Cathieni F, Wang J, Peer L, Werner K, Burnard B. Les opinions du public sur le patient du futur. In: SGGP, Hrsg.. The Future Patient in Switzerland. Bern; 2003. S. 63-70.

Centre de documentation en santé publique. Politique nationale suisse de la santé: santé psychique. Lausanne; 2003. Verfügbar unter: <http://www.saphirdoc.ch/Dossier.htm?Folder=64> .

Christen L, Christen S. Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hrsg.. Arbeitsdokument 1. Neuenburg: edition obsan; 2003.

Conne-Perreard E, et al. Ungünstige Einflüsse von verschiedenen Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und ihre wirtschaftlichen Konsequenzen. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs (CRTi), Hrsg.. 2001.

Dietz A, Pörksen N, Voelzke W, Hrsg.. Behandlungsvereinbarungen – Vertrauensbildende Massnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1998.

Dolto F. La cause des enfants. Paris: Editions Robert Laffont; 1985.

Dolto F. Autoportrait d'une psychanalyste. Paris: Editions du Seuil; 1989.

Dyer JG, Minton McGuinness T. Resilience: Analysis of the Concept. Arch Psychiatr Nurs. 1996;X(5):276-82.

Ebner G. Psychiatrisches Handeln im interkulturellen Kontext. Manag Care, 3. 2003.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. Geschlecht und Gesundheit nach 40 – Die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte. Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1997.

Eidgenössische Kommission für Familienfragen. Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien. Bern; 1998.

Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1977;196:129-36.

Fachvertreter universitärer Einrichtungen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosoziale Medizin, Hrsg.. Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz - Positionspapier. Unveröffentlicht.

Flay BR. Positive Youth Development Requires Comprehensive Health Promotion Programs. Am J Health Behav <sup>TM</sup>. 2002;26(6):407-24.

Flick U, Hrsg.. Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag; 2002.

FMH/Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Krise und Suizid. Bern; 2000.

Gabriel P, Liimatainen, MR. Mental Health in the Workplace. International Labour Organization, Hrsg.. 2000.

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Eignung des aktuellen Behandlungssettings für die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Ergebnisse einer Stichtagserhebung. Zürich; 2002.

Grossmann R, Skala K. Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München; 1994.

Health Education Authority (HEA). Community Action für Mental Health. London; 1999.

Hell D, Meyer PC. Die Psychiatrie als Spiegel der Gesellschaft – Optimierung professioneller Hilfe angesichts wachsender psychischer Not. Neue Zürcher Zeitung. 22. Nov. 2003.

Herrmann H. The Need for Mental Health Promotion. Aust and N Z J Psychiatry. 2001;35:709-15.

Höpflinger F, Hugentobler V. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Hrsg.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.

Illés C, Abel T. Psychische Gesundheit – eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Bern; 2002.

Interpharma; Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz, Hrsg.. Das Gesundheitswesen in der Schweiz – Leistungen, Kosten, Preise. Basel: Pharma Information; 2003.

Jenkins R, McCulloch A, Friedli L, Parker C. Developing a national mental health policy. Maudsley monographs, 43. East Sussex: Psychology Press Ltd.; 2002.

Kaluza G. Stress. In: Jerusalem M, Weber H, Hrsg.. Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie; 2003.

Knuf A. Empowerment fördern! Ernst machen mit einer partnerschaftlichen Beziehung. Sozialpsychiatrische Informationen. 2002;2:10-17.

Lachenmeier H. Mental Health – Ein Wirtschaftsfaktor. Neue Zürcher Zeitung. 6. Febr. 2003.

Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J, Hrsg.. Framework for Promoting Mental Health in Europe. Helsinki; 1999.

Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W. Do people recognise mental illness? – Factors influencing mental health literacy. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Im Druck.

Matthews R, Hain-Menn B. Jugendsuizid - aktiv vorbeugen – eingreifen und helfen – Denkanstösse für Eltern, Lehrer/innen, und Bezugspersonen. S&E Schweiz, Hrsg.. Schriftenreihe S&E, Suizid, 57. Bern; 2000.

Matzat J. Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip – therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe. In: Günther P, Rohrmann E, Hrsg.. Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH; 1999.

Matzat J. Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen - Professionelle Hilfe zur Selbsthilfe. In: Günther P, Rohrmann E, Hrsg.. Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH; 1999. S. 105-26.

Meyer PC, Hell D. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W, Hrsg.. Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006 – Ein aktueller Überblick. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer; 2004. 2. Aufl. Im Druck.

Mory C, Jungbauer J, Angermeyer MC. Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. Teil I: Quantitative Aspekte. Psychiatr Prax 2001. Im Druck.

Narring F, Tschumper A, Interwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20 jähriger in der Schweiz (2002). Swiss multicenter adolescent study on health (SMASH) 2002. Institut universitaire de médecine sociale et preventive, Institut für Psychologie, Sezione sanitaria, Hrsg.. Lausanne, Bern, Bellinzona; 2003.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Tagungsbericht Muttenz 2002. Gemeinsam an der nationalen Gesundheitspolitik bauen anhand konkreter Beispiele. Bern; 2002.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Tagungsbericht Aarau 2003. Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Hin zu gemeinsam getragenen Strategien. Bern; 2003.

Neyrand G. Sur les pas de la maison verte. Paris: Editions Syros; 1995.

Ningel R, Funke W, Hrsg.. Soziale Netze in der Praxis. Göttingen; 1995.

Nordt C, Müller B, Lauber C, Rössler W. Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der schweizerischen Bevölkerung. Psychiatr Prax. 2003. Im Druck.

Papart JP. La santé mentale, le modèle théorique du lien social. Psyécho. Annales de psychologie et de sciences de l'éducation. 2001-2;17-18.

Perrig-Chiello P, Höpflinger F, Hrsg.. Gesundheitsbiographien – Variationen und Hintergründe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.

Peter HB, Möslì P, Hrsg.. Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus. Zürich: Theologischer Verlag; 2003.

Pro Mente Sana, Hrsg.. Psychisch erkrankt – der Weg zurück zur Arbeit. aktuell - Informationen aus der Psychiatrieszene Schweiz, 3. Zürich; 1998.

Ramaciotti D, Perriard J. Die Kosten des Stresses in der Schweiz. SECO, Hrsg.. Bern; 2001.

- Richardson GE, Waite PJ. Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. *Journal of Emergency Mental Health*. 2002;4(1):65-75.
- Rüesch P, Manzoni P. Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Hrsg.. Neuenburg: edition obsan; 2003.
- Rütten A, Lüschen G, von Lengerke T, Abel T, Kannas L, Rodriguez Diaz JA, Vinck J, van der Zee J. Determinants of Health Policy Impact: a Theoretical Framework for Policy Analysis. *Soz Präventivmed*. 2003;48(5):293-300.
- Ryf H. Aperçu historique de la configuration du dispositif de soins pédopsychiatriques. *Bulletin des médecins suisses*. 2001;5:195-97.
- Saameli W. Was ist eine psychische Behinderung – Ein Definitionsversuch. *INFORUM* 4. 1998.
- Saner H. Nicht-optimale Strategien – Essays zur Politik. Basel: Lenos-Verlag; 2002. p. 71-95.
- Schmid H, Delgrande Jordan M, Kuntsche EN, Kuendig H, Bacher E, et al. Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Hrsg.. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Forschungsbericht, 39. Lausanne; 2003.
- Schmolke M. Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen – Eine empirische Untersuchung. *Forschung für die Psychiatrie – Hochschulschriften*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.
- Schunke P. Future of Mental Health Services in Europe: From Fragmentation to Integration? [MSc Thesis]. London School of Economics and Political Science; 2003. Unveröffentlicht.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Berufsbildung. Statistik Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Bern; 2003.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (seco), Hrsg.. Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz; 2002.
- STAKES; National Research and Development Centre for Welfare and Health. Public Health Action Framework on Mental Health. Helsinki; 2000.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Die Zürcher Längsschnittstudie zur Entwicklungspsychologie und –psychopathologie im Jugendalter. *ZSE*. 1997;17(3):256-69.
- Steinhausen HC, Winkler C, Meier M. Eating Disorders in Adolescence in a Swiss Epidemiological Study. *Int J Eat Disord*. 1996;22:147-51.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R. Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents for Ages 6 to 17 in a Swiss Epidemiological Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1997;6:136-41.

Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Youth Self-Report of Behavioral and Emotional Problems in a Swiss Epidemiological Study. *J Youth Adolesc.* 1998;27(4):429-41.

Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Frequency and Correlates of Substance Use among Preadolescents and Adolescents in a Swiss Epidemiological Study. *J Child Psychol Psychiat.* 1998;39(3):387-97.

Stephen T, Joubert N. The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada. *Chronic Dis Can.* 2001;22:1.

Stuckelberger A. Ein internationaler Vergleich. Genf; 2002. Unveröffentlicht.

Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med.* 1998;28:503-508.

The European Opinion Research Group (EORG). The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer, 58.2.. Brüssel: Directorate-General Press and Communication; 2003.

WHO. World Health Report 2000. Mental health: New understanding, New Hope. Genf; 2001.

WHO, Hrsg.. The Mental Health Context. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Mental Health Legislation & Human Rights. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Advocacy for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Quality Improvement for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Mental Health Financing. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Suicide Rates – Suicide Rates (per 100'000), by Country, Year and Gender. Genf; 2003. Verfügbar unter:

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suiciderates/en/print.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/print.html)

Wicki W. Übergänge im Leben der Familie – Veränderungen bewältigen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1997.

Winkler Metzke C, Steinhausen HC.: Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter (II). Die Bedeutung von

elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. Zeitschrift für klinische Psychologie. 1999;28(2):95-104.

Winkler Metzke C, Steinhausen HC. Bewältigungsstrategien im Jugendalter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie. 2002;34(4):216-26. Im Druck.

Zogg H, Lauber C, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken. Psychiatr Prax. 2003. Im Druck.



## Annexe VI

### Tableau des abréviations

AI	Assurance-invalidité
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
CDIP	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de l'instruction publique
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CNE	Commission nationale d'éthique
Cst.	Constitution fédérale
CTI	Commission pour la technologie et l'innovation
DSM	Diagnostic Statistical Manual
DFI	Département fédéral de l'intérieur
ESPA	Enquête suisse sur la population active
ESS	Enquête suisse sur la santé
FMH	Fédération des médecins suisses
FNS	Fonds national suisse de la recherche scientifique
GRS	Groupement de la science et de la recherche
HBSC	Enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 16 ans en Suisse
HEA	Health Education Authority
HES	Haute école spécialisée
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICD	International Classification of Diseases / Classification internationale des maladies
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IHA-IMS Health	Institut d'étude de marché et de conseils dans le domaine de la santé
IMSP	Institut de médecine sociale et préventive
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFES	Office fédéral de l'éducation et de la science
OFPT	Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OICM	Office intercantonal de contrôle des médicaments (aujourd'hui Swissmedic)
OJ	Office fédéral de la justice
OMS	Organisation mondiale de la santé / WHO - World Health Organization

ONG	Organisation(s) non gouvernementale(s)
ONU	Organisation des Nations Unies / UNO - United Nation Organization
PME	Petites et moyennes entreprises
PNS	Politique nationale suisse de la santé
PSM	Panel suisse de ménage
ProMeDép	Programme de mesures en matière de dépendances
seco	Secrétariat d'Etat à l'économie
SMASH	Swiss multicenter adolescent study on health
SSP	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SUVA	Caisse nationale suisse d'accidents
UE	Union Européenne