

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE
SOCIALE ET PREVENTIVE

UNITE DES SERVICES DE SANTE

LE RATIONNEMENT IMPLICITE EN SUISSE:

Aperçu de la situation en

PSYCHIATRIE

Karen Klaue

Complément au rapport à l'Office fédéral des assurances sociales
"Le rationnement implicite en Suisse: proposition pour une exploration des domaines et des
populations à risque"

Lausanne, septembre 2001

TABLE DES MATIERES

Objectif	3
Méthode	3
Grille d'analyse	3
Prévalence des maladies mentales	3
La psychiatrie: une autre médecine?	5
La stigmatisation comme facteur favorisant le rationnement	6
Organisation des soins psychiatriques en Suisse:	6
a) Densité des psychiatres en Suisse	6
b) Quelles sont les orientations théoriques et pratiques thérapeutiques des psychiatres suisses?	7
c) Organisation hospitalière et semi-ambulatoire des prises en charge psychiatriques	7
d) Quels sont les coûts des différentes prises en charge et les remboursements intervenant de la part des caisses-maladie?	9
Analyse des entretiens	10
Analyse de la presse	11
Indicateurs	15
Conclusions	16
Références	18
Annexes	21

Objectif

L'objectif de ce travail est de chercher à savoir si la question du rationnement, plus particulièrement implicite, se pose dans le domaine de la psychiatrie. Comment ce phénomène est-il appréhendé et quelles formes peut-il prendre dans les faits? Nous avons souhaité établir quels facteurs pouvaient constituer les indicateurs les plus pertinents pour mettre en évidence un rationnement implicite dans le contexte suisse actuel.

Méthode

Notre premier instrument de recherche a été une série d'entretiens semi-structurés avec principalement des médecins psychiatres et accessoirement des représentants d'associations de patients et de leurs proches.* Nous avons rencontré des psychiatres généralistes et spécialistes (n= 12 + 2 contacts téléphoniques), travaillant en institution et/ou installés en privé ainsi que des informateurs exprimant les perspectives des patients et de leur entourage (n=2 + 2 contacts téléphoniques). L'analyse intermédiaire des entretiens a permis d'identifier les clés de compréhension des enjeux principaux entrant dans l'identification de processus de rationnement et guider la recherche de données factuelles pertinentes.

Notre deuxième source d'information a constitué en rapports de commission, bulletins d'activité ainsi que d'articles de la presse nationale hebdomadaire et quotidienne consultés via internet selon les mots-clé de « rationnement » et de « psychiatrie ».

Grille d'analyse

Prévalence des maladies mentales

Selon le dernier rapport général de l'OMS¹, il apparaît que les désordres psychiatriques viennent en deuxième position après les maladies infectieuses pour ce qui concerne les estimations de charge de morbidité.

Une étude conduite par l'OMS, la Banque mondiale et l'université de Harvard², révèle que la maladie mentale (y compris les suicides) est responsable de 15% des affections touchant les pays industrialisés.

D'après des études épidémiologiques comparatives³ (toujours difficiles en l'absence d'une forme commune de diagnostic) portant sur les prévalences à vie de troubles de l'angoisse, d'humeur et de consommation de substances addictives dans sept pays, plus d'un tiers des échantillons présentent au moins l'un de ces troubles (Brésil 36.3%, Canada 37.5%, Allemagne 38.4%, Pays Bas 40.9% et Etats Unis 48.6%); en comparaison, les prévalences sont plus basses au Mexique (20.2%) et en Turquie (12.2%). En outre, les troubles psychiques sont chroniques, particulièrement ceux liés aux angoisses, et de surcroît commencent à se manifester tôt (angoisse (15 ans), humeur (26 ans), substances addictives (21 ans)).

* Nous n'avons malheureusement pas eu le temps d'interroger des membres du personnel paramédical, lesquels auraient pu fournir des informations précieuses sur un éventuel rationnement "au lit du patient".

Bien que les conséquences de ces troubles hypothèquent l'existence des sujets concernés, on observe que les délais de consultation sont parfois extrêmement longs et que seule une minorité des personnes affectées reçoivent un traitement adéquat.

En Suisse, la fréquence des troubles mentaux nécessitant un traitement est d'environ 30% dans la population générale. On estime qu'un habitant sur deux a recours, au moins une fois dans sa vie, à une prise en charge spécialisée pour trouble psychique.⁴ Un tiers des maladies prises en charge par l'assurance invalidité sont d'ordre psychique, chiffre qui a triplé en 15 ans.⁵

Mais l'enquête suisse sur la santé de 1997 indique que, sur l'ensemble de la population, la proportion de ceux qui déclarent avoir été en traitement pour un problème psychique durant les 12 derniers mois comporte 3% des hommes et 5% des femmes.⁶ Ces déclarations peu fréquentes peuvent éventuellement être expliquées par la stigmatisation sociale dont les maladies mentales font l'objet. Selon les mêmes sources, la prévalence de la dépression en Suisse, traitée médicalement, est de 6% des femmes et 3.3% des hommes.

Au moins 10 à 12% des coûts de la santé en Suisse sont occasionnés par les maladies psychiatriques. Selon les estimations du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)⁷, les coûts liés à des phénomènes de stress au travail impliquant l'absentéisme, les maladies, les soins, seraient de plus de 4 milliards par année et, en considérant les invalidités, voire les décès, de 8 milliards.

Pour comparaison, en France, selon une enquête du CREDES⁸ (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé), 6.3% de personnes de 16 ans et plus se déclarent spontanément dépressives. Mais en combinant différentes formes de relevé de cette maladie dont un entretien standardisé, le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), le chiffre de personnes touchées par la dépression se révèle être plus du double et s'établit à près de 15% (20% des femmes et 9% des hommes).

Les études épidémiologiques consacrées aux troubles mentaux chez les personnes âgées révèlent une sous-estimation importante des prévalences. Aux Etats Unis,⁹ on s'attend à une augmentation des problèmes psychiatriques chez les personnes de plus de 65 ans d'au moins 10% dans les prochains 30 ans (en 2030, cette population malade sera de 21.6%), le nombre des personnes affectées passant de 4 millions en 1970 à 15 millions en 2030, en raison du vieillissement de la population. Les sujets présentant des troubles mentaux ont tendance à consulter un généraliste et non un spécialiste. Dans la même publication, on indique que faute d'une formation adéquate, les généralistes font des erreurs de diagnostic et de traitement préjudiciables aux besoins énormes de cette population. Dans une étude¹⁰, on trouve que 55% des médecins généralistes se sentaient aptes à détecter une dépression chez les patients âgés, mais seuls 35% étaient prêts à leur prescrire des antidépresseurs. De plus, trois quarts de ces médecins pensaient que les dépressions étaient un phénomène normal chez les personnes âgées.

Partout en Suisse, le nombre de demandes institutionnelles a pris l'ascenseur. Dans le canton de Vaud, on note en 1998 une augmentation de 15% d'admissions hospitalières par rapport à l'année précédente¹¹. A Genève, les hospitalisations ont doublé en huit ans¹². A Zurich, elles ont augmenté de 73% depuis 1991¹³.

La plupart des rapports d'activité de première main ou rendus publics dans la presse convergent: ce sont principalement les dépressions, les névroses, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité qui ont augmenté considérablement, à savoir les désordres liés aux

conditions socio-économiques. En revanche, le nombre de schizophrénies reste stable. De manière générale, les citadins sont plus touchés que les habitants de régions rurales.

Ces diverses sources suggèrent qu'une bonne part des affections mentales ne sont pas diagnostiquées, ni à temps, ni de manière appropriée, et que leur prise en charge laisse à désirer.

En contraste avec ces indications épidémiologiques, il faut savoir que les gouvernements allouent moins de fonds aux soins de santé mentale qu'aux autres types de soins de santé.¹⁴

La psychiatrie: une autre médecine?

Alors qu'on peut supposer que de tout temps la folie, comme on l'appelait jadis, a existé sous une forme ou une autre, elle n'a été médicalisée que vers la fin du 18^e siècle, avec l'espoir d'améliorer son évolution, voire de la guérir. Auparavant, cette possibilité était inenvisageable, les sociétés voulaient se protéger de leurs déviants en les rejetant et les enfermant à jamais. Mais, en voulant soigner les troubles mentaux, la psychiatrie doit faire face à une série de difficultés liées à la définition de la maladie, que les autres disciplines médicales n'ont à affronter que marginalement. Si la question de la douleur se pose pour les affections somatiques (bien qu'on ait aussi tardé à la prendre en compte), la souffrance avec sa large part de subjectivité est d'autant plus difficile à traiter.

Où situer la maladie? Dans le cerveau ou dans l'esprit? La psychiatrie se trouve là au coeur d'interrogations qui ont interpellé les philosophes depuis des siècles. Hormis les étiologies organiques ou psychologiques propres au patient, la question s'est posée de savoir si les causes du mal ne se situent pas dans l'environnement du sujet, dans un cadre social pathogène. La psychiatrie a toujours été plus proche des débats de société que d'autres branches de la médecine. Certains établissent des liens entre recrudescence de maladies mentales et précarisation (chômage, pauvreté, exclusion sociale etc.). Dans les années soixante, des positions radicales ont même contesté l'existence de maladies mentales considérées comme un mythe. L'antipsychiatrie anglaise dont les représentants les plus connus sont R. Laing¹⁵ et D. Cooper¹⁶ était à la pointe de la contestation. Difficile d'imaginer un courant d'anticardiologie !

S'interroger sur les étiologies amène à s'interroger sur les thérapies: comment soigner? Il apparaît que dans aucune autre discipline de la médecine on ne trouve des approches aussi divergentes des maladies mentales, entre les partisans de traitements médicamenteux de maladies dont les étiologies sont principalement comprises comme d'ordre biologique, les tenants de cures longues de type psychologique, voire psychanalytique, et des prises en charge qui privilégient l'environnement du patient.

Selon un modèle biomédical, on mettra l'accent sur les médicaments, selon un modèle psychodynamique, on privilégiera la parole, selon un modèle sociologique, on s'engagera à réintégrer le patient dans des réseaux sociaux protecteurs. Si ces cadres de référence ne sont nullement étanches, la tendance actuelle étant de plaider pour un paradigme intégratif bio-psycho-social, dans la réalité les tensions restent fortes entre ces différentes orientations. Tandis qu'un psychiatre genevois¹⁷ déclare par exemple en mai 2000 que « le clivage entre dimension biologique et relationnelle m'apparaît d'un autre âge », un prix Nobel de

médecine¹⁸ affirme que « neurology and psychiatry are really one and should be treated that way ».

La stigmatisation comme facteur favorisant le rationnement

L'histoire l'a montré. Le fou était considéré comme un être dangereux, à éloigner du regard, en outre, le fou c'est toujours l'autre. La maladie mentale a fait peur dans le passé et continue à provoquer une certaine angoisse, des fantasmes de violence, de danger et de menace. D'une certaine manière, la médicalisation de la folie, devenue maladie mentale, a permis, en partie, de la déstigmatiser. En la rapprochant des maladies somatiques, le patient était dégagé d'une forme de responsabilité, voire de culpabilité, puisqu'on ne saurait lui reprocher un trouble biologique. En revanche, si être malade de soi-même est de l'ordre du psychologique, la part de volonté augmente au détriment du vécu du sujet. Dans le cas de la dépression par exemple, parfois trop vite attribuée à un « laisser-aller » par l'entourage, la personne touchée est doublement accablée. Le psychiatre lui-même, représentant pourtant le pouvoir médical, n'échappe pas à ces phénomènes. La figure du « psy » devient souvent objet de dérision. Enfin, la situation même de la psychiatrie au sein des disciplines médicales est en marge, ce qui se traduit dans les faits par une distribution inégale des ressources financières et matérielles.

Le problème de la stigmatisation est pris de plus en plus en compte dans le débat public. L'OMS en a fait le thème de la journée mondiale de la santé en avril 2001. Le prochain rapport annuel qu'elle publiera en octobre 2001 aura pour thème la santé mentale avec le slogan: « Non à l'exclusion, oui aux soins ». Le regard de la société se doit de devenir plus ouvert et tolérant par rapport à ces maladies. Les personnes atteintes devraient pouvoir ne pas trouver d'obstacles psychologiques qui alimentent leur réticence à consulter. Ces phénomènes, difficiles à mettre directement en évidence, entraînent pourtant des effets rationnants qu'on pourrait avoir tendance à négliger.

Organisation des soins psychiatriques en Suisse

a) Densité des psychiatres en Suisse

Le titre de spécialité du psychiatre suisse attribué par la Fédération des médecins suisses s'intitule « FMH en psychiatrie et psychothérapie » et existe depuis 1961.

Les chiffres les plus récents publiés par la FMH¹⁹ montrent que les psychiatres (1639) occupent la troisième place derrière les internistes (4089) et les généralistes (2812) sur le territoire suisse.

Plus des deux tiers des psychiatres suisses travaillent dans la partie alémanique, 29% dans les cantons romands et seuls 3% au Tessin.

Il existe une grande disparité cantonale. Selon les chiffres de la Fédération des médecins suisses publiés en 1995, Bâle-Ville (1247), Genève (1820) et Zurich (3008) ont la plus forte densité (nombre d'habitants par psychiatre, secteurs privé et public, dans les cantons) de psychiatres en Suisse. Fribourg (7062), Neuchâtel (8270), le Jura (8463) et le Valais (8668) comptent nettement moins de psychiatres. Enfin, dans la Suisse « primitive », on ne trouve

pratiquement aucun psychiatre. La ligne de partage entre cantons plus ou moins dotés en psychiatres est principalement entre ville et campagne plutôt qu'entre zones linguistiques.

b) Quelles sont les orientations théoriques et pratiques thérapeutiques des psychiatres suisses?

Parmi les quelque 2300 psychiatres suisses, 30% exercent uniquement en privé, un tiers collaborent plus ou moins étroitement avec des institutions et un tiers travaillent dans un cadre institutionnel (15% en ambulatoire, 12% en stationnaire et 6% dans les deux)²⁰.

L'orientation théorique des psychiatres installés est primordialement psychologique, voire psychanalytique, tandis que les psychiatres travaillant en institution s'appuient en grande majorité sur des approches biologiques et sociales. Ce sont aussi ces derniers qui portent le plus d'attention à des questions de limitation des coûts, ainsi qu'à l'évaluation des thérapies. Les psychiatres de « ville » sont peu intéressés par les aspects biologiques et la recherche (lecture de revues scientifiques, participation à des congrès, etc.); plus surprenant, les praticiens privés sont également moins concernés par la psychiatrie sociale, les approches systémiques et cognitivo-comportementales. Les psychiatres d'inspiration biologique sont plutôt localisés en Suisse romande. Alors que les références théoriques sont assez clairement typées, les pratiques thérapeutiques sont beaucoup plus mélangées: 90% des psychiatres suisses combinent psychothérapies et médication. Il existe donc un décalage important entre l'affirmation de la suprématie des orientations professionnelles et idéologiques et les pratiques thérapeutiques qui, elles, s'inspirent de courants différents. Cela dit, en référence aux tensions dont nous avons fait état plus haut, on constate que: « la dénonciation du dogmatisme biologique avant tout par les psychanalystes d'un côté et l'anathème que jettent les psychiatres biologistes et systémiciens contre le dogmatisme psychanalytique de l'autre côté, constituent des indices parmi d'autres que chacune des orientations théoriques cherche d'abord à faire accréditer l'idée de sa suprématie théorique et conceptuelle ».²¹

c) Organisation hospitalière et semi-ambulatoire des prises en charge psychiatriques

Les dispositifs de soins psychiatriques peuvent être de trois types:

- stationnaires: hospitalisations en clinique psychiatrique
- intermédiaires: soins ambulatoires intensifs, hôpitaux de jour
- ambulatoires: visites à domiciles, structures à bas seuil, etc.

Les prises en charge stationnaires se font soit dans les cliniques psychiatriques spécialisées, soit dans des services psychiatriques intégrés dans les hôpitaux généraux, système qui est encore très peu développé en Suisse. La Suisse connaît une densité hospitalière supérieure à la moyenne européenne mais, comme pour les psychiatres, avec de grandes disparités régionales.

Nombre d'hôpitaux en Suisse (état 1997):

Hôpitaux universitaires	5
Hôpitaux non universitaires	221
Cliniques psychiatriques	61
Cliniques de réhabilitation	46
Cliniques chirurgicales	19
Autres hôpitaux spécialisés	53

Les soins à l'hôpital sont destinés aujourd'hui surtout aux cas lourds et aux cas de crise en situation aiguë, où il s'agit d'abord de stabiliser le patient. Cela a des conséquences évidentes sur le travail relationnel qui peut se faire à l'hôpital. Le temps pour les entretiens tend de plus en plus à diminuer. Dans le passé, l'hôpital avait davantage une fonction asilaire et pouvait constituer un lieu de vie pour les malades chroniques. La tendance actuelle consiste à réduire au maximum la durée de prise en charge, comme c'est le cas dans les autres disciplines médicales.

L'Office fédéral des statistiques²² montre que pour l'ensemble des hospitalisations en 1998, l'ordination en fonction de la durée moyenne de séjour par centres de prestations (de moins de 365 jours) place en tête la psychiatrie et la psychothérapie (38,2 jours), la gériatrie (33,6 jours), la médecine physique et de réadaptation (23,2 jours). Les patients dont le séjour dépasse 365 jours se trouvent en psychiatrie (8,7 ans) et en gériatrie (4,7 ans).

Les statistiques de l'OFS²³ concernant la répartition du nombre de lits pour les prises en charge stationnaires ainsi que les hospitalisations montrent que les lits dans les cliniques psychiatriques en Suisse représentent 18.6% des lits disponibles. Zurich et Berne se taillent la part du lion (resp. 26.4% et 14.1%) dans cette répartition, tandis que Bâle-Ville n'offre que 3.9% des lits. Les chiffres des cantons de Vaud et Genève révèlent également que l'offre de lits en milieu hospitalier psychiatrique est resp. de 6.4% et de 4.1% par rapport à l'ensemble de la Suisse.

Selon les mêmes sources, si on regarde le nombre d'hospitalisations en clinique psychiatrique, elles ne représentent que 3.8% des prises en charge stationnaires de l'ensemble du pays. En regard avec les chiffres des lits disponibles, on constate qu'à Zurich et Berne les hospitalisations sont proportionnellement inférieures (resp. 19% et 12.7%), tandis que c'est le contraire à Bâle-Ville, Vaud et Genève (resp. 6.1%, 11.9% et 8.7%). En prenant l'exemple du canton de Vaud, cela veut dire qu'avec moins de la moitié de lits qu'à Berne, il y a environ le même nombre d'hospitalisations. La durée de prise en charge est donc obligatoirement moins longue que dans les deux grands centres alémaniques (ZH et BE).

Le développement de structures semi- et ambulatoires correspond à une orientation de la psychiatrie sociale. Il ne s'agit plus de prolonger une rupture du patient avec son monde environnant à l'hôpital, mais d'envisager le plus vite possible, avec le patient, sa réinsertion. Dans un mouvement de psychiatrie de secteurs né en France après la deuxième guerre mondiale, l'objectif est de ramener le patient dans des lieux de vie familiers, non stigmatisants, avec une offre thérapeutique variée. Il s'agit pour les structures semi-ambulatoires d'hôpitaux de jour et de services intégrés dans le tissu communautaire, qui peuvent intervenir en cas de crise et de traitements aigus. Reliées à ce réseau de structures intermédiaires, il existe des solutions de type communautés résidentielles, ateliers protégés,

lieux de rencontre, qui accommodent les besoins d'habitat, de travail et de loisirs des malades chroniques dans des cadres protégés. Malheureusement, ces solutions sont très rares en Suisse.

Les prises en charge ambulatoires concernent les soins à domicile (service Spitex) et des lieux à bas seuil, pour des personnes qui peuvent réintégrer une vie quasi normale, en gérant elles-mêmes leur maladie pour prévenir les crises et rechutes.

Dans l'esprit d'une psychiatrie de proximité, ces différents lieux sont en relation. Le patient peut être suivi à sa sortie de l'hôpital, il y a continuité des prises en charge par différentes instances coordonnées. Cette chaîne thérapeutique peut également être actionnée pour des ré-hospitalisations si nécessaire, sans attendre une péjoration majeure de l'état du patient, comme cela arrive trop souvent pour les admissions aux soins stationnaires.

Le fonctionnement en continu de ces dispositifs de soin reste encore largement à l'état conceptuel avec des embryons existants qui demandent à être développés.

Il faut mentionner que le soutien à cette population particulièrement vulnérable que sont les malades psychiatriques s'est considérablement amélioré ces dernières années, à travers l'action de groupes de défense de patients et de leurs proches, qui peuvent faire remonter les doléances et les problèmes aux responsables médicaux et politiques, et faire des propositions d'amélioration très pertinentes.

d) Quels sont les coûts des différentes prises en charge et les remboursements intervenant de la part des caisses-maladie?

Les frais de soins stationnaires sont d'environ quatre fois inférieurs pour les troubles mentaux que somatiques. Par ailleurs, une journée de prison coûte à peu près deux fois plus qu'une journée en hôpital psychiatrique.

Il faut savoir que la psychothérapie pratiquée par un thérapeute non médecin n'est pas couverte par l'assurance de base.

Le secrétaire général de Pro Mente Sana, la principale organisation de défense des malades psychiques de Suisse, attire l'attention sur le fait que les caisses-maladie sont de plus en plus réticentes à rembourser les prises en charge stationnaires²⁴. Les caisses-maladie distinguent entre patients atteints de maux aigus et chroniques. Seuls les premiers sont remboursés. Les situations diffèrent de canton en canton. A Zurich, un patient n'est plus considéré comme cas aigu après 60 jours d'hospitalisation et doit déboursier fr. 140.- de sa poche, ce qui correspond à un tarif EMS. Dans le canton de Bâle, on a essayé de définir des critères de besoin d'hospitalisation. Un élément important de ce débat était les chances d'une réhabilitation. Une analyse détaillée des prestations des différentes caisses-maladie montre qu'aucune ne couvre les frais d'hospitalisation d'une durée supérieure à 90 jours.

Ces dernières années, les prises en charge ambulatoires se sont considérablement développées en Suisse. Elles reposent le plus souvent sur des approches relationnelles qui, elles, doivent généralement être de longue durée pour assurer une certaine efficacité. Or, les caisses-maladie font pression pour limiter ici aussi la durée de remboursement de ce type d'accompagnement. Ce facteur joue naturellement un rôle capital dans d'éventuels rationnements de soins en rendant très difficile, voire impossible, l'accès à des formes de prise en charge jugées bénéfiques à l'évolution de la maladie du patient.

Analyse des entretiens

On peut, dans un premier temps, diviser nos entretiens en trois grandes catégories, ceux qui:

- pensent que le rationnement n'est pas un thème
- pensent qu'il existe un rationnement implicite
- ont un discours explicite sur un rationnement implicite.

On constate qu'un tiers (voir en annexe répondants A, E, H, I, L) serait plutôt d'avis qu'ils ne fonctionnent pas dans des conditions où le rationnement existe, bien qu'ils proposent des indicateurs d'un tel phénomène. Il est à noter qu'il pourrait s'agir de la description de la situation du canton de Vaud.

Ceux qui pensent que le rationnement implicite est un thème dans leur pratique (B, D, F, G, K) ont à faire face à une série de restrictions au plan structurel qui limitent leur fonctionnement (trois informateurs de 2^e main pourraient aussi être classés dans cette catégorie: b.-,e.-,g.-).

Enfin, ceux qui ressentent clairement un rationnement (C, J, M, N) sont respectivement deux psychiatres en pratique privée et deux représentants de groupes de défense de patients et de leurs proches (un informateur de 2^e main également membre d'un groupe de défense est à compter dans cette catégorie, c.-).

Aucun psychiatre exposé à le faire « au lit du malade » ou même dans l'organisation de son service ne dit « je rationne ». Tout au plus mentionnent-ils ce qu'ils ne peuvent plus faire. Les limitations qui s'imposent à leur fonctionnement sont structurels - les besoins ne correspondent plus aux moyens - avec des effets rationnants qui sont décrits de manière plus ou moins détaillée et évalués plus ou moins négativement.

Il ressort de l'analyse des entretiens qu'un rationnement peut intervenir à différents niveaux et à différents moments du processus de prise en charge du malade. Les contraintes structurelles sur ce processus sont naturellement les restrictions budgétaires, en particulier les barrières financières érigées par les caisses-maladie pour rembourser les soins. L'allocation différentielle de ressources et l'attitude des caisses est à comprendre sur la toile de fond constituée du regard stigmatisant que la société porte sur la psychiatrie et son degré de tolérance, eu égard à ses déviants. Les préjugés envers une demande psychiatrique (de la part de la personne ou de son entourage) peuvent élever le seuil de consultation et laisser nombre de gens sans traitement. D'un autre côté, un nombre très élevé de demandes peut être le signe d'une déstigmatisation et présenter au moins cet avantage. Mais cette situation peut également créer un engorgement, des listes d'attente et empêcher ou retarder l'accès à un traitement. L'existence d'un réseau permet de rediriger les demandes, mais ce n'est pas forcément le cas. Le seuil d'entrée à l'hôpital a été jugé très/trop élevé par un certain nombre de nos interlocuteurs, alors que des cas de crise auraient pu être désamorçés. Au niveau de la thérapie, le facteur temps est celui qui est reconnu comme le plus limitatif, entravant fortement la qualité des soins. Il faut se situer dans l'option thérapeutique choisie: le but d'une prise en charge d'un patient en crise consiste à le stabiliser. Le but d'une prise en charge psychologique est de permettre au sujet de se réapproprier son histoire et sa vie. Le but d'une prise en charge sociale est de permettre une restauration du lien dans l'environnement du sujet. La plupart du temps, nous l'avons vu, les trois objectifs sont visés de concert. Mais les pressions temporelles font que le relationnel (possibilité de mener un certain nombre d'entretiens, prise en compte des points de vue du patient et de son entourage, partenariat

médecin-patient et proches etc.) est sacrifié et c'est un rationnement. Les durées de prise en charge trop courtes motivées par un besoin de lits, ou l'absence d'un projet thérapeutique assurant un suivi, sont reconnues comme des prestations rationnées. D'un autre côté, le même phénomène peut signifier qu'on met l'accent au plus vite sur la réinsertion du patient dans son milieu. La différence réside dans la qualité thérapeutique de la prise en charge. Les tracasseries administratives (justificatifs de soins, limitations de remboursements, quota d'entretiens, etc.) peuvent limiter le type de soutien apporté ou la prescription de tel ou tel médicament. L'absence d'un réseau hors du lieu de prise en charge peut amener une discontinuité de la chaîne thérapeutique et devenir très dommageable pour le patient. A la sortie du traitement, une détérioration de l'état du sujet nécessitant des réadmissions en milieu hospitalier ou la reprise de traitements ambulatoires peuvent être des signes d'un traitement ne correspondant pas aux besoins du patient, mais d'autres facteurs pourraient rendre compte du phénomène de réhospitalisation. Le travail d'accompagnement et de suivi dans les lieux de vie, souvent, n'est ni reconnu ni valorisé, ni indemnisé. Cela peut amener les thérapeutes à renoncer à des interventions qu'ils jugeraient pourtant utiles et les restreindre dans l'exercice de leur métier tel qu'ils le conçoivent.

Analyse de la presse

Nous avons choisi, parmi une centaine d'articles, des situations qui indiquent des processus de rationnement ou au contraire des stratégies qui, dans des contextes semblables, n'y ont pas recours, ainsi que des prises de position de psychiatres que nous aurions souhaité interroger et qui reprennent certains thèmes déjà abordés dans nos entretiens. Les chiffres mentionnés sont rapportés et n'ont pas été validés, mais n'ont pas été démentis.

Berne

Si tout le système de santé suisse doit faire face à de sérieuses restrictions budgétaires, Berne connaît depuis quelques années des coupures financières particulièrement sérieuses touchant en particulier la psychiatrie²⁵. Un dépassement de crédit des UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste), estimé à 5 millions de francs en 2001, les a forcés à trouver des solutions drastiques d'économie²⁶. Il est intéressant d'analyser dans ce contexte quels secteurs ont été démantelés ou sont menacés de fermeture²⁷. Il s'agit de la fermeture d'une structure de réhabilitation délocalisée, une menace de fermeture touchant un centre de crise, la fermeture d'une structure de gérontopsychiatrie (plus la fusion de deux cliniques de gérontopsychiatrie), la suppression d'un programme de prévention de rechute pour des héroïnomanes sevrés et une pression sur les ateliers protégés²⁸. On peut donc lire dans ces mesures un risque de rationnement lié à l'âge, au style de vie à risque, et une fragilisation de la psychiatrie de secteur dans son travail de proximité. Certains de ces projets n'ont pas encore abouti. Mais, malgré la rallonge de 3.3 millions de francs qui vient d'être votée²⁹ par le Grand Conseil, les limites budgétaires maintiennent une grande pression sur le système de la psychiatrie publique à Berne³⁰.

L'année dernière, l'AGP (Arbeitsgemeinschaft der Aertzlichen Leiterinnen und Leiter psychiatrischer Institutionen im Kanton Bern), par la voix du Dr Ueli Corrodi³¹, directeur de

la clinique psychiatrique d'Interlaken, a sonné l'alarme sur ce qu'il a qualifié de « collapsus de qualité » dans la psychiatrie bernoise³². Tandis que les demandes d'admission augmentent de manière disproportionnée (à la clinique psychiatrique universitaire de la Waldhau le nombre d'admissions a doublé entre 1999 et 2000), le budget diminue, le personnel diminue, et on observe une recrudescence de violences de la part des patients, du nombre d'admissions forcées, ainsi que des cas de contention. A la clinique de Münsigen, un médecin a moins d'une heure par semaine à consacrer à un entretien par patient. Les solutions demandées par le Dr Corrodi vont vers plus de structures semi- et ambulatoires, une diversification des prises en charge. Il ne s'agit pas d'agrandir les cliniques stationnaires, mais de développer de petites unités dans les lieux de vie des patients.

Une autre mesure d'économie est le signe d'un véritable danger concernant la prise en charge de patients psychiatriques: en juin 2000, le service d'urgence de l'Inselhospital n'est plus assuré par des psychiatres que le jour; la nuit et le week-end, l'accueil se fait par des internistes qui auront reçu quelques cours concernant les pathologies qu'ils seraient susceptibles de recevoir³³.

On peut donc lire dans ces faits qu'un rationnement a lieu au travers d'une diminution de la qualité des soins et d'une volonté d'un retour à la psychiatrie clinique, biologique et médicalisée, au détriment d'un travail relationnel.

Zurich

Dès août 1998, Zurich a mis en place un nouveau concept de psychiatrie cantonale³⁴ axé sur une véritable décentralisation, sans être épargné par des impératifs d'économie³⁵. Le mouvement est à l'opposé de ce qui se passe à Berne. Il y a eu entre temps l'ouverture d'un centre de jour et un service offrant des soins ambulatoires, l'ouverture d'un centre de crise (huit lits pour une durée maximale de 5 jours)³⁶; l'ouverture d'une clinique de jour pour la réhabilitation de toxicomanes, et un centre traitant les addictions au jeu³⁷. En parallèle, il y a eu des fusions, ainsi que des fermetures d'hôpitaux. Dès décembre 1999, un projet pilote a été mis en place à Winterthur sous le sigle IPW (Integrierte Psychiatrie Winterthur)³⁸. Il se propose de réaliser les orientations du concept de psychiatrie, à savoir: proposer des offres en fonction des besoins des patients, intégrer la psychiatrie dans le réseau médico-social, offrir des structures de proximité, permettre à une chaîne thérapeutique de fonctionner, avoir une structure spécialisée pour promouvoir le progrès scientifique. Il s'agit de construire un réseau réunissant les psychiatres privés et publics, les médecins de famille, les soignants à domicile, les groupes d'entraide, les assistants sociaux, les autorités tutélaires, etc³⁹. Une évaluation de ce projet devrait pouvoir permettre au printemps 2003 de connaître les possibilités d'un projet d'intégration dans l'esprit de la sectorisation.

La question du raccourcissement des durées de séjour a été l'objet d'un débat public assez vif confrontant les vues des deux professeurs ordinaires travaillant au Burghölzli, W. Rössler et D. Hell. Dès janvier 2001, le premier recommande de raccourcir de moitié les durées de prise en charge (de 40 jours à 20 jours)⁴⁰. Pour le Prof. Rössler, le travail de relation est important, mais ne doit pas se faire en clinique. Les prises de conscience auxquelles le patient devrait aboutir doivent se faire dans son environnement familial. Il déclare « si un voisin demande de temps en temps comment ça va, cela peut faire des miracles et souvent cela suffit ». En résumé, la clinique a une mission de surveillance et de stabilisation médicamenteuse. Le

psychothérapeutique est réduit au strict minimum et le travail relationnel est sacrifié. Pour le Prof. Hell, il ne faut pas déshospitaliser à tout prix. Il faut offrir autant d'espace et de temps que nécessaire à la guérison du patient. Il y a de très grandes différences interindividuelles et un temps moyen de séjour n'a pas beaucoup de signification. Pour lui, il ne faut pas jouer l'ambulatoire contre le stationnaire. Il faut se préoccuper de la chaîne de soins qui relie l'hôpital et les structures intermédiaires et ambulatoires. Précipiter les sorties amène à une psychiatrie de porte à tambour, avec de multiples réadmissions qui reviennent à la longue très cher.⁴¹

On voit donc qu'à Zurich comme ailleurs, la psychiatrie est confrontée à une demande grandissante et à des moyens réduits. Il apparaît néanmoins qu'il y règne une vision à plus long terme qu'à Berne.

Genève

"Et si Genève était une ville de fous?" La question était posée par l'Hebdo en janvier 1997⁴². Le constat est double:

- une densité élevée de psychiatres privés (200) et publics (200), ainsi que de thérapeutes diplômés (10% de la FSP)
- une demande qui explose tant dans le privé, avec des listes d'attente (quatre fois plus en 1993 par rapport à 1980) que dans le public (augmentation des consultations psychiatriques de 65% entre 1991 et 1996, contre 22% pour les consultations générales, doublement des admissions à la clinique de psychiatrie durant les 10 dernières années).

Les raisons de cette situation sont loin d'être claires. Les psychiatres se défendent d'accueillir des patients en mal de développement personnel et affirment que leurs clients sont effectivement des gens souffrants.

Dès les années 60, Genève a mis en place un dispositif ambulatoire et semi-ambulatoire avec des consultations, des centres de crise, des hôpitaux de jour et des foyers: 75% des traitements se font extra-muros. Le stationnaire a énormément reculé durant les trente dernières années: en 1966, il y avait 600 lits, en 1996, 100 lits; la durée d'hospitalisation moyenne était en 1966 de 4 mois et en 1996, de 14 jours.

Devant l'augmentation croissante de la demande, le département de l'action sociale et de la santé (DASS) a mandaté une commission d'experts chargée d'analyser la situation¹². Elle a abouti à une série de recommandations, parmi lesquelles:

- un dispositif d'accueil et d'urgence intégré à l'hôpital cantonal, pour gérer les situations de crise et les soins aigus, à brève durée, pour déstigmatiser les patients
- la revalorisation des approches relationnelles dans les situations de soin.

La sectorisation n'était pas remise en cause, mais devait être redéfinie. On était arrivé en clinique psychiatrique à une pénurie de lits due à une importante augmentation des entrées, ainsi qu'à des réadmissions multiples; il y avait un manque de structures de prise en charge à la sortie de l'hôpital, une disposition de structures intermédiaires peu ou pas médicalisées. Les sorties n'étaient souvent pas effectuées sur une indication médicale, mais sur un besoin de lits.

Une des tentatives de réorganisation des soins a échoué, bloquée par les pouvoirs politiques. Il s'agit de la création d'unités de soin par pathologie: les patients seraient regroupés par

diagnostic. Le Forum Santé⁴³, groupe de réflexion sur ces questions, a fait valoir une série d'arguments s'opposant à ce type de réorganisation des prises en charge psychiatriques. Les classifications des troubles en psychiatrie sont loin d'être validées; il peut y avoir des comorbidités, des évolutions dans les types de pathologies; il s'agit d'une approche réductrice du patient; cela pouvait réintroduire des problèmes de stigmatisation, et une tendance à s'identifier à son symptôme; cela réduit le travail de mise en place d'un plan pour la vie après l'hôpital, en favorisant l'hospitalo-centrisme; tout l'aspect de rapprochement des services de soin de la communauté est mis entre parenthèses, ainsi que la prise en compte de l'entourage social et familial⁴⁴. Les arguments avancés par les défenseurs des soins psychiatriques par pathologies sont de pouvoir faciliter le travail clinique, pouvoir disposer d'un groupe de patients homogènes, ainsi que des programmes de soin standard; cela facilite la recherche, notamment consacrées à l'effet de médicaments sur des cohortes de patients⁴⁵.

On constate que cette querelle a pour fond les orientations polarisées entre approches biologiques et psychosociales.

Vaud

Il est intéressant de constater que la prise en charge des patients dans des unités, en fonction de leur pathologie, est une réalité à l'hôpital psychiatrique universitaire depuis 1998⁴⁶. Correspondant à la mission d'enseignement et de recherche, une telle réorganisation permet aux équipes hospitalières et ambulatoires de développer des champs d'expertise en fonction des catégories diagnostiques. La recherche clinique y trouve des conditions favorables en permettant par exemple d'expérimenter de nouvelles approches thérapeutiques. Ainsi, en plus de l'unité traitant les dépendances et toxicomanies, trois divisions se sont créées concernant les schizophrénies, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, ainsi que les troubles de la personnalité.

En parallèle à ce développement, on insiste sur la nécessité de la meilleure intégration possible du patient dans son milieu. Les deux approches sont pensées être parfaitement complémentaires⁴⁷.

On note qu'en sus des prestations rationnées et autres effets de rationnement relevés dans les entretiens, cette analyse montre que les critères utilisés lorsque des mesures d'économie s'imposent sont l'âge, le style de vie nocif et de manière générale, la limitation d'une psychiatrie de proximité, à partir de structures ancrées dans la communauté. Il apparaît donc que, sous pression budgétaire, le système de soins psychiatrique se recentralise sur l'hôpital, tandis que dans les discours, on réclame davantage de lieux d'accueil et de soins extra-muros.

La question des durées de prise en charge stationnaire révèle des conceptions très différentes du rôle de la clinique psychiatrique: d'un côté, laisser à l'entourage et au réseau la charge du suivi après avoir stabilisé les crises aiguës avec les médicaments, d'un autre côté, s'adapter davantage aux besoins du patient en lui apportant, à l'hôpital, un soutien psychothérapeutique. Ainsi, le temps raccourci des soins sur le mode stationnaire peut être positif dans la mesure où on organise au plus vite la réintégration de la personne, ou négatif dans la mesure où on se limite à soigner la crise sans préparer la sortie, ou même qu'on laisse sortir le patient pour récupérer des lits.

Enfin, la querelle de l'organisation des soins sur un mode généraliste ou spécifique est une autre forme de la tension toujours sous-jacente entre approches médicalisées et psychologiques.

Indicateurs

Hormis leur pertinence, la question des indicateurs se pose sur fond d'un déficit de données statistiques d'une fiabilité avérée. On peut supposer néanmoins qu'il est possible d'avoir accès à des indicateurs socio-démographiques, ainsi que certains facteurs qui puissent opérationnaliser:

- les besoins et demandes des patients
- la qualité des soins
- le résultat du traitement.

Il serait donc intéressant, dans un premier temps, d'analyser la signification statistique de ces facteurs, afin de pouvoir détecter les pistes qui demandent à être investiguées davantage.

	Age	Sexe	Etat civil	Nationalité	Formation	Occupation	Résidence
ENTREE							
Prises en charge antérieures							
Critères d'entrée (involontaire=lourdeur) diagnostic							
TRAITEMENT							
Psychopharmacothérapie							
Nombre d'entretiens (contention)							
Durée prise en charge							
SORTIE							
Décision sortie							
Diagnostic sortie							
Réinsertion							
- retour à domicile sans soins							
- médicaments							
- prise en charge							
Réadmissions							

On peut notamment faire une analyse qui mette en regard entrée et sortie, par exemple sur le critère diagnostic, pour évaluer l'évolution de la maladie et la croiser avec les différentes données socio-démographiques. Pour un même diagnostic, l'évolution de la maladie est-elle meilleure pour un profil de patients?

On peut examiner, en lui même, le traitement sous l'angle de la qualité des soins, en mettant en regard la prescription de médicaments et la durée de prise en charge par exemple. En comparant ces données au nombre de réadmissions, on peut mettre en évidence un effet de rationnement en relation avec l'option thérapeutique.

En tout état de cause, il s'agit de répertorier de la manière la plus exhaustive les données hospitalières disponibles en Suisse et évaluer leur pertinence. Le supplément relatif aux séjours psychiatriques prévu par la statistique médicale des hôpitaux suisses depuis 1998 offre théoriquement l'information décrite dans le tableau figurant ci-dessus. Le degré d'exhaustivité et la qualité des données de ce supplément restent à vérifier.

Il existe par ailleurs en Suisse une source de données statistiques très complète, mais ne concernant que le canton de Zurich: il s'agit du projet PSYREC Psychiatriepatientenstatistik (Statistics of psychiatric patients) du GEI (Gruppe Evaluation und Medizinische Informatik), Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich.

Conclusions

La question du rationnement implicite, déjà complexe pour ce qui est de la médecine classique, devient encore plus ardue dans le domaine de la psychiatrie. Marginalisée, les ressources qui lui sont allouées sont plus faibles que celles reçues par les autres disciplines. Des besoins des patients difficiles à évaluer, des catégories diagnostiques incertaines, des approches thérapeutiques si diverses qui ne sont pas prêtes à répondre aux exigences d'une « evidence-based » médecine font que la psychiatrie a, en comparaison, toujours eu à faire face à des limitations. Le regard de la société sur ses patients, son action et son efficacité est encore entaché de préjugés, ce qui peut en partie expliquer cette situation.

Il apparaît, selon notre enquête, qu'il n'existe pas de rationnement explicite en Suisse dans le domaine de la psychiatrie. En revanche, il y a de nombreux effets de rationnement au niveau des demandes, offres, accès et soins, qui sont plus ou moins implicites.

Cela dit, il convient de considérer l'idée de rationnement comme un concept relatif. En effet, si le rationnement concerne toute limitation de prise en charge de personnes demandeuses, il faut pouvoir déterminer quelle serait la prise en charge optimale pour un patient ou un groupe de patients. Ce n'est que sur cette base qu'il est possible de se prononcer. Nombre d'acteurs gravitent autour du sujet souffrant, en plus, du psychiatre. Un mal-être correctement détecté peut alors, avec profit, être vu par des non psychiatres dans un réseau qui collabore bien. Pour ce qui est des cas lourds, suicidaires, violents, en crise aiguë, avec des comorbidités, il faudrait pouvoir lever, dans la mesure du possible, les barrières d'accès au système de santé psychiatrique.

Si le temps est de l'argent, on a vu quel rôle éminent il joue dans le rationnement; encore faudrait-il évaluer la rentabilité du traitement à plus long terme, sous peine de n'oeuvrer que

comme Sisyphe, mais sans consolation. Ceci implique qu'une approche véritablement bio-psycho-sociologique ne reste pas un voeu pieux, mais soit traduite en une chaîne thérapeutique en adéquation avec les besoins et les demandes des patients.

Références

- 1 Organisation Mondiale de la Santé (2000). Rapport sur la Santé dans le Monde 2000. Pour un système de santé plus performant.
- 2 Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996) The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.
- 3 WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization, 78, 4, pp. 413-426.
- 4 Livre Blanc (2000). Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse. Prise de position des représentants des institutions universitaires de la psychiatrie de l'adulte, de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la médecine psychosociale. Genève: Médecine et Hygiène
- 5 Office Fédéral des Assurances Sociales (2001) Statistiques.
- 6 Office Fédéral de la Statistique (2000). Enquête suisse sur la santé. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997. Neuchâtel.
- 7 Ramaciotti, D. & Perriard, J. (2000). Les coûts du stress en Suisse. Secrétariat à l'Economie, section Travail et Santé.
- 8 Le Pape, A. & Lecomte, T. (1999) Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996 - 1997. Questions d'Economie de la Santé, No 21.CREDES.
- 9 Jeste, D., Alexopoulos, G.S., Bartels, S.J., Cummings, J.L., Gallo, J.J., Gottlib, G.L., Halpain, M.C., Palmer, B.W., Patterson, T.L. Reynolds, C.F. & Lebowitz, B.D. (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next two decades. Arch gen Psychiatry, 56, pp. 848-853.
- 10 Gallo,J.J., Ryan, S.D. & Ford, D.E. (1999). Attitudes, knowledge and behavior of family physicians regarding depression in late life. Arch Fam Med, 8, 249-256.
- 11 Rapport d'activité CHUV
- 12 Dayer, P., Bouvier, L. Bucher, J.-P., De Saussure, C., Godinat, G., Perret, G.-P. Rodrik, A. & saurer, A. (2000) Situation de la psychiatrie adulte à Genève. Rapport de la Commission d'experts.
- 13 Gruppe Evaluation und medizinische Informatik (2001). Psyrec-Bericht 2000. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- 14 Saraceno, B. (2001). Pourquoi une journée de la santé mentale? Courrier du Médecin Vaudois, 2, 3-4.
- 15 Laing, R.D. (1960). The Divided Self. London: Tavistock Publications
- 16 Cooper, D. (1967) Psychiatry and Antipsychiatry. London: Tavistock Publications.
- 17 Ferrero, F. (2000). Pour une psychiatrie universitaire qui soit centrée sur le patient. Tribune de Genève, 16 mai.

- 18 Cowan, W.M. & Kandel, E.R. (2001). Prospects for neurology and psychiatry. *Journal of the American Medical Association*, 285, 5, 594-600.
- 19 Statistiques FMH 2000
- 20 Guimon, J., Fischer, W., Zbinden, E., & Goerg, D. (1998). Therapeutic practice profiles, work settings and activities and of Swiss psychiatrists. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 149, 1, : 29-39.
- 21 Guimon, J., Fischer, W., Goerg, D. & Zbinden, E. (1997). Orientations théoriques des psychiatres suisses. *Ann Med Psychol*, 3: 184-201.
- 22 OFS (2001). StatSanté. Bulletin d'information, janvier 2001.
- 23 OFS (2000) Pressemitteilung, Nr. 350-0065. Neuchâtel: Informationsdienst
- 24 Thalmann, V. (1999). Psychisch Kranke ungleich behandelt. *Tagesanzeiger*, 1.11., p. 29.
- 25 Däpp, W. (2000). Notschrei der Berner Psychiatrie. *Der Bund*, 20 octobre.
- 26 Der Bund (2001). Fest auf die Kostenbremse. 14 juin.
- 27 Däpp, W. (2001). Wo in der Berner Psychiatrie gespart wird. *Der Bund*, 10 juillet.
- 28 Der Bund (2001). Auch das Drogen-Projekt CleaNex wird eingespart. 14 juillet.
- 29 Der Bund (2001). Kritik an der UPD-Direktion aus allen Fraktionen, 12 septembre.
- 30 Däpp, W. (2001) Qualität gefährdet. *Der Bund*, 7 septembre.
- 31 Corrodi, U. (2000). Für Psychiatrie-Chefärzte ist die « Lage alarmierend ». *Der Bund*. 10 coctobre.
- 32 Lagler, T. (2000). Berner Psychiatrie: Chefärzte befürchten einen Kollaps. *Berner Zeitung*, 20 octobre.
- 33 (2000) Im Notfall sparen: Psychiatrie - Im Berner Insel-Spital sollen Notfallpatienten mit psychischen Problemen künftig von Allgemeinmedizinern betreut werden - aus Kostengründen. *Facts*. No 39. p. 40. 28 sept.
- 34 Schmid, J. (1998) Die Psychiatrie geht in die Gemeinden. *Tages-Anzeiger*, 15 août.
- 35 Neue Zürcher Zeitung (1999). Verena Diener - entschiedener Sparwille. 15 février.
- 36 Thalmann, V. (2001). Was tun bei einer psychischen Krise? *Tages-Anzeiger*, 15 janvier.
- 37 Neue Zürcher Zeitung (2000). Mehr Patienten und kürzere Aufenthaltszeiten - Psychiatrische Uniklinik erweitert teilstationäres Angebot. 28 mars.
- 38 Andreae, A. (2000). Integrierte Psychiatrie Winterthur. www.ksw.ch/newsintpsych0100.htm
- 39 Künzi, E. (2001). Das Netz für psychische Kranke wird neu geknüpft. *Schaffhauser Nachrichten*. 19 mars.
- 40 Thalmann, V. (2001) Psychiatrische Klinikaufenthalte halbieren. *Tages-Anzeiger*, 22 janvier, p.25.
- 41 Kuhn, D. (2001) Wider den Schnelldurchlauf durch die Klinik. *Tages-Anzeiger*, 8 mars p. 2.
- 42 Guelpa, B. (1997). Et si Genève était une ville de fous... *L'Hebdo*, No 5, 30 janvier.

- ⁴³ Aublanc, C. (2001) Non à un saucissonnage des soins psychiatriques par pathologies. Le Courrier, 19 mai.
- ⁴⁴ Solidarités (2001). Du ghetto asilaire à la politique de secteur. No 128, 1^{er} juin.
- ⁴⁵ Arsever, S. (2001). Pour cause de querelle d'experts, la réorganisation de la psychiatrie publique genevoise prend du retard. Le Temps, 25 juin.
- ⁴⁶ Borgeat, F. Réorganisation au Département universitaire de psychiatrie adulte. [Www.graap.ch/DUPA.html](http://www.graap.ch/DUPA.html)
- ⁴⁷ de Bellet, P. (2001) Une chaîne humaine contre la maladie. Tout comme Vous, No 77. Février.

ANNEXES

Notes d'entretiens

Canevas de l'entretien

- ouverture: selon vous le raisonnement implicite est-il un thème en psychiatrie?

Quelle forme peut-il prendre?

- amorces: listes d'attente, durées d'hospitalisations

Quels seraient les indicateurs pertinents pour mettre en évidence ce phénomène?

Interlocuteurs (chiffre entre parenthèse, conversation téléphonique)

	Public	Privé
Psychiatrie adulte	2	2
Psychiatrie des addictions	2	
Psychiatrie pénitentiaire	1	
Psychogériatrie	1(+1)	
Psychiatrie d'enfants et d'adolescents	2	1
Administration hospitalière	1(+1)	
Sociologue	(1)	
Associations patients	2(+2)	

Résumé des entretiens

Sont reproduites ici les notes prises en cours d'entretien. Les* indiquent que les entretiens ont été enregistrés. Comme nous n'avons pas retranscrit les entretiens verbatim, ni par ailleurs soumis le résumé des entretiens aux interviewés pour accord, ceux-ci sont présentés de manière anonyme.

A.- Entretien le 12 juillet 2001 / Administration hospitalière / Domaine public

Indicateur de base d'un raisonnement: listes d'attente versus accès libre; le problème des listes d'attente est qu'elles sont difficiles à monitorer; les statistiques sont peu fiables, les relevés informels, etc.

Raisonnement: barrières mises par le système sanitaire à des demandes: limitations au niveau de l'offre, mais également barrières du côté du patient dans le cas de la psychiatrie: inhibitions, stigma, etc. (différent des domaines somatiques).

Indicateurs

Priorisation, peu connue en psychiatrie

- Aspects sous-utilisation/sur-utilisation des systèmes de santé en fonction des besoins: comment établir les besoins?
- Que fait-on des malades chroniques, aspects de réhabilitation?

Secteur public: le système de soins parvient à accommoder les troubles aigus

Secteur privé: affections moins graves.

Actuellement, en Suisse, le secteur privé (psychiatres de ville) est plus important que le secteur public.

- Mode de financement des assurances: psychothérapies, barrières financières, arrêt des thérapies, malades psychiques chroniques; y a-t-il rationnement minimal?

Le terme de rationnement implicite n'a pas cours en Suisse romande.

Dans quelle mesure les demandes sont fondées ou infondées, correspondent à des besoins réels. Quel est le taux de réadmissions? Sur quel mode?

Différences culturelles avec la Suisse alémanique

- pressions sur les prises en charge
- taux d'hospitalisation
- taux de traitements ambulatoires.

Il apparaît que les prises en charge en milieu hospitalier de patients en psychiatrie sont de l'ordre du double en Suisse allemande qu'en Suisse romande. Cela pose des problèmes de comparaison: en moyenne, c'est de l'ordre de 30 jours en Suisse romande et de l'ordre de 60 jours en Suisse allemande.

Comment le rationnement est-il formulé en psychiatrie?

Eclaircir le problème des besoins; A. pense qu'il y a sous-estimation probable de la morbidité psychiatrique; problèmes des diagnostics, des prévalences, etc. Problèmes des frontières et délimitations en psychiatrie.

On sait que plus les patients ont une connaissance du système de soins psychiatriques, plus celui-ci est utilisé.

B.- Entretien le 30 juillet 2001 / Psychiatrie des addictions / Domaine public

En Suisse, il n'y a pas de rationnement dans le sens du plan Oregon, mais de très fortes réductions budgétaires dans le système de santé local: des offres qui n'existent plus, un raccourcissement des séjours; selon lui, il serait en fait préférable qu'il y ait rationnement explicite dans les conditions actuelles.

Les autorités cantonales transmettent des directives sur les coupures budgétaires; les différents secteurs dont naturellement la psychiatrie, éternel parent pauvre, doivent se débrouiller avec cela. Des mesures drastiques ont déjà été prises: fermeture de petits hôpitaux de proximité, fermeture d'une antenne de réhabilitation de consommateurs d'héroïne, etc. Le domaine de la médecine des dépendances (comorbidité des consommateurs et notamment de troubles psychiatriques, ce qui nécessite des médecins qui coûtent chers) est extrêmement dépendant des pressions du public;

lorsqu'il y a visibilité du problème, comme dans le passé, les crédits se débloquent, puis se raréfient lorsque cette visibilité s'estompe.

B. déplore dans l'ensemble une absence de vision d'une politique de santé; les initiatives d'économie ne sont pas les plus judicieuses; ne subsiste que le mot d'ordre économiser, économiser, économiser. Les problèmes ne sont pas reliés; s'il y a de telles restrictions concernant les prises en charge des toxicomanes, il faudrait alors d'autant augmenter le budget de la police. Il existe une myopie chez les politiciens.

Il devient difficile de savoir où on peut économiser: une heure d'entretien est une heure d'entretien: on ne peut pas réduire cette durée (aspect psychiatrie sociale); image du tube de lait condensé (ou de citron pressé), on peut toujours faire sortir encore quelque chose, mais cela a quand même une fin; en même temps, en psychiatrie clinique, les neuroleptiques modernes (améliorés, avec moins d'effets secondaires) coûtent chers.

B. rappelle que la Suisse dépense 11% de son PIB avec couverture universelle; les USA dépensent 14% de leur PIB sans couverture universelle. Que vaut notre santé? Les pages économiques, jour après jour, font état des profits faramineux des entreprises. Economiser à tout prix amène à des absurdités, des actions non réfléchies à moyen et à long termes.

Existe-t-il un Röstigraben pour ces questions? Il rappelle qu'en Belgique, Flamands et Wallons ont besoin de traducteurs, ce qui n'est pas le cas en Suisse. Ce n'est pas vraiment un problème.

C.- Entretien le 9 août 2001 * / Pédopsychiatrie / Domaine privé

Il n'y a pas d'offre institutionnelle; absence de lieux d'accueil pour enfants/adolescents malades. Il existe un jardin d'enfant thérapeutique, mais pas d'hôpital de jour, pas de centre de thérapie brève.

Il existe un hôpital psychiatrique qui peut accueillir de jeunes adolescents psychotiques en crise. Il y a à l'hôpital un service de pédiatrie.

Par ailleurs, il existe un service de consultation dépendant du service cantonal d'aide à la jeunesse très peu efficace; le directeur est un psychologue jaloux de son pouvoir, avec qui la collaboration est extrêmement difficile; les adolescents passant par ce service sont souvent mal diagnostiqués et très mal soignés: le nombre de consultations par cas est limité à deux, alors qu'il peut s'agir de pré-psychozes, de dépressions, de névroses. Nombre de jeunes qu'il voit ont passé par ce service: une prise en charge sur trois a déjà été vue au service de consultation.

Pénurie de pédopsychiatres: il y a trois spécialistes; certains sont des psychiatres pour adultes qui voient également des jeunes.

Besoins/demandes: **C.** refuse deux demandes sur trois arrivant au cabinet; il ne pratique pas de listes d'attente, mais essaie de référer plus loin. Un canton voisin, par exemple, ne reçoit plus de patients qu'il essaie de leur envoyer.

Indicateurs de rationnement:

- absence de ressources
- nombre de praticiens limités (pas attractif: 20% de salaire inférieur à d'autres cantons); en 12 ans, un nouveau pédopsychiatre s'est installé
- pénurie d'institutions
- pénurie de personnel qualifié et bien formé.

Il y a une absence de politique sanitaire dans le canton.

Prise en charge de toxicomanes: idéologie d'abstinence.

La Ligue contre le tabac et l'alcool est très active. Les jeunes dépendants peuvent être pris en charge.

D.- Entretien du 21 août 2001 * / Psychiatrie adulte / Domaine public

Le rationnement est un thème de débat depuis 96, notamment lors d'un colloque annuel qui a réuni différents partenaires locaux du monde politique, social, etc.

Il était apparu que les traitements de longue durée n'étaient pas financés par les caisses-maladie sur la base de la distinction atteinte aiguë/chronique et sur fond de déclin de la psychiatrie sociale, de problèmes touchant les institutions communautaires. Dès les années 90, avec la récession financière, les psychiatres sociaux suisses ont anticipé le mouvement.

On a alors commencé à vider les cliniques « à l'italienne », mis en place des communautés thérapeutiques, et à se préoccuper de l'insertion des patients au niveau travail dans des ateliers protégés.

C'est sous la pression des caisses-maladie que le traitement stationnaire a décliné; c'était déjà une forme de rationnement. Il y avait trop de lits; il y a eu réduction de lits pour cas « aigus »; maintenant, il y en a trop peu. En particulier, il y a eu des pressions dans les cas de multimorbidité, dans le domaine de la psychogériatrie et celui des patients déviants et cas sociaux.

La tolérance de la société par rapport à cette population a diminué. Dans les années 90 régnait une forme d'idéalisme concernant les améliorations à apporter en psychiatrie.

Une certaine sanction sociétale plus forte contre les déviants, ainsi qu'un manque de ressources, ont rendu la situation plus difficile.

On ne peut pas dire qu'il y ait davantage de malades mentaux en tant que tels. Cela dit, les cas d'angoisse, de dépression, la consommation de substances ont indubitablement augmenté, mais les schizophrénies sont stationnaires; il y a davantage de démences, parce que les gens vivent plus vieux. Mais il y a moins de tolérance dans la société.

Prises en charge

Dans les années 80, on a privilégié les structures intermédiaires; pour envoyer quelqu'un en clinique psychiatrique, on avait de la peine à trouver de la place; on avait alors tendance à garder les patients trop longtemps; la mise en place de ces structures intermédiaires permettait de démontrer l'efficacité de la psychiatrie communautaire. Ailleurs, on prêche pour une prise en charge minimale en termes de durée; il faudrait trouver un juste milieu.

Aujourd'hui, il n'y a pas vraiment de démantèlement des structures communautaires. Mais il y a clairement un problème de personnel en même temps qu'une augmentation des demandes. Il y a donc moins de temps à accorder à chaque patient et donc diminution de la qualité des soins.

Ici, il n'y a pas de liste d'attente. Depuis 1982, il y a eu construction d'un réseau solide impliquant des travailleurs sociaux, les généralistes; il fonctionne avec un concept systémique, mais il y a moins de disponibilité. Il y a plus de cas et une diminution des ressources. Ils n'acceptent plus de cas qui viennent sur leur propre initiative (environ 80 à 100 par année), mais seulement ceux qui sont référés. Ils adressent donc ces patients au réseau et ils peuvent ainsi revenir dans le système des services psychiatriques. Ils essaient d'exclure le moins de monde possible. Dans une clinique universitaire, on ne choisit que le nombre de patients à accommoder: « les élus » et les autres sont exclus; cela ne correspond pas à la philosophie d'ici. Ici, on insiste sur la bonne collaboration avec la population toute entière. Depuis 1997, **D.** a créé un « oscar social » récompensant les entreprises qui réinsèrent des malades psychiques; il y a eu une véritable émulation pour l'obtention de ce prix.

Indicateurs

- la difficulté, voire l'impossibilité d'hospitaliser les gens qui en ont besoin (cas aigus), au lieu de devoir attendre au point que la situation se détériore, qu'on doive enfermer les gens contre leur volonté, etc.
- le positionnement des caisses par rapport aux remboursements; il semblerait que celles-ci ne veulent pas payer si l'hospitalisation est volontaire (à vérifier)
- l'approche thérapeutique; il faut prendre en compte le contexte social et pratiquer une médecine biopsychosociale ou plutôt psychobiosociale. C'est une forme de rationnement de ne pas prendre en compte le contexte du patient; prendre en compte également la place du spirituel; quel est le sens de la vie pour tel ou tel patient; pourquoi y a-t-il autant de drogués.

Quelle population?

- les vieilles personnes, leur offrir un traitement psychosocial
- les adolescents très vulnérables (drogue, violence) tout en prenant en compte leur potentiel réparateur
- en milieu pénitencier, les gens ont le droit d'être traités.

E.- Entretien le 23 août 2001 * / Psychiatrie addictions / Domaine public

E. trouve que le terme de rationnement est un terme dur. En ce qui le concerne, sa préoccupation quotidienne est l'efficience; il a un budget fixe, des besoins urgents; il s'agit d'adapter les efforts sanitaires aux ressources financières.

Le Centre a ouvert en 1996; il s'agit d'un centre de référence offrant un accueil; c'est un outil du réseau médico-psycho-social. Il a vite connu un afflux; les listes d'attente posaient un problème éthique de taille. Il y a eu donc nécessité d'établir une procédure, un « algorithme » définissant des critères d'urgence et autres situations d'adressage et d'orientation en 4 étapes:

- 1) accueil; tout le monde est accueilli rapidement
- 2) un premier entretien, au maximum dans les 2 jours, permet une évaluation avec trois issues possibles: une urgence, une investigation, une sortie
- 3) investigation
- 4) traitement avec la spécificité de ne rien faire de ce qui se fait ailleurs; le traitement se fait, soit au centre, soit dans le réseau.

Jusqu'ici, il y a eu 2000 dossiers ouverts en 5 ans (patients ont en moyenne 24 ans). L'algorithme a fait l'objet d'une large consultation et est le fruit d'un consensus.

Les critères d'urgence ont été définis comme suit (sans hiérarchie)

- femmes enceintes
- parents d'enfant en bas âge
- sortie de prison
- adolescents à risque
- comorbidité psychiatrique et/ou somatique.

La procédure est sous une responsabilité collective; elle est définie depuis 1998 par l'algorithme décrit. Le paradoxe est que le centre devient attractif; il a une bonne image. Dans le canton, il y a environ 1600 sujets en cure de méthadone, dont 1200-1300 sont suivis par des généralistes; eux prennent les cas qui restent. Certains patients triangulent les prises en charge: ils ont un médecin attiré et veulent venir au centre, ce qui augmente les demandes.

E. préfère substituer au terme de rationnement le terme d'efficience. C'est une situation qui n'est d'ailleurs pas totalement négative dans la mesure où elle induit un positionnement clair des patients et des soignants vis-à-vis du problème.

Indicateurs

- la satisfaction des usagers faisant appel à la conscience des patients psychiatriques: plaintes à propos des restrictions; l'hôpital a totalement perdu sa fonction asilaire; on traite en urgence et souvent, c'est le retour à la rue. Dans une structure bas seuil, il y a nombre de psychotiques chroniques sans traitement, qui ne sont pas suivis. Caveat: les toxicomanes veulent tout et tout de suite, ils ne sont jamais satisfaits, leur poser la question peut donc constituer un biais. Les alcooliques posent un autre type de problème: c'est le déni (de la part du patient, du médecin, dans la population). Une étude montre qu'en médecine interne d'un hôpital universitaire, 20% des moins de 65 ans ont une problématique d'alcoolisme; chez les hommes autour de 50 ans, c'est 50%. Par rapport à cela, les ressources à disposition sont disproportionnées; il dispose de 12 lits dans la clinique d'alcoologie. L'alcoolisme est une tache aveugle dans le paysage sanitaire. Un algorithme est en cours d'élaboration pour ce qui concerne l'alcoolisme. Deux points forts sont à retenir: une intervention précoce, et une intervention brève.
- la mortalité: Caveat: difficultés d'interprétation. Le nombre d'overdoses a diminué durant les derniers 5 ans: on a tendance à le mettre en rapport avec l'action du Centre, en cas d'augmentation, on argumente qu'il s'agit d'épidémies liées aux nouvelles drogues.
- la morbidité: il y a eu moins de séropositivités chez les toxicomanes. Caveat: s'agit-il du fruit des campagnes de prévention générales?
- la satisfaction des médecins, les généralistes sont très demandeurs de formation en ce qui concerne les addictions
- l'administration, les aspects financiers: ils sont soumis à de nombreuses tracasseries administratives, problème de société qui a un discours moral sur la consommation de substances faisant valoir la responsabilité/volonté des gens, alors qu'il s'agit de maladie
- Des effets clairs de rationnement, c'est par exemple que les caisses ne veulent pas payer fr. 5.- par jour les doses de méthadone.

Population concernée par le risque de rationnement?

Les polymorbidités alliant les troubles

- somatiques
- psychiatriques
- difficultés sociales
- problèmes légaux.

Le contexte général a changé. On voit apparaître des SDF, ce qui n'était pas le cas auparavant.

E. craint l'apparition d'une médecine à deux vitesses, qui représente le danger inhérent à la médecine de rue (clientèle: les précarisés, les clandestins, les déviants etc.). Ils essaient de renvoyer les gens le plus vite possible au système hospitalier classique, pour ne pas créer des ghettos, e.g. voire se multiplier des dispensaires de rue, soupes populaires et autres.

Autre problème: l'entrée de plus en plus précoce dans une carrière d'héroïnomane, par exemple dès 13 ans.

F.- Entretien le 31 août 2001 * / Pédopsychiatrie / Domaine public

Le rationnement en psychiatrie n'est pas une nouveauté, elle en a toujours connu en tant que discipline en marge; elle a des patients déconsidérés, mal défendus.

En ce qui concerne les enfants/adolescents, dans le domaine stationnaire, il y a une pénurie de lits, non parce qu'il y a démantèlement, mais parce qu'ils n'ont pas été créés. Le secteur psychopédiatrique est en retard; ce n'est qu'en 1994 que s'est établi la première structure stationnaire pour jeunes. La deuxième en 1996, une troisième en 1997, et l'ouverture de cette clinique en 1999.

Il y a trop peu de lits en fonction des besoins. Il en faudrait 30, il n'y en a que 12.

Il n'y a pas de critères d'admissions; il y a des entretiens d'admission en fonction de la place des soins aigus à disposition.

Il y a des listes d'attente (environ 2-3 par unités de 12 à 14 lits).

La situation est moins tendue en psychiatrie adulte: les ressources existent. Ce qui pourrait constituer un rationnement dans ce domaine, c'est que le patient n'a pas le choix de la clinique. En fonction de la sectorisation de la psychiatrie cantonale, selon son lieu d'habitation, le patient ira dans une autre clinique, etc. C'est un inconvénient: en psychiatrie, la relation de confiance avec le médecin est encore plus importante que dans les autres disciplines. D'un autre côté, il arrive également que les malades chroniques soient déplacés d'un endroit à l'autre.

Il existe une pression sur la durée de la prise en charge exercée par les caisses; c'est moins grave en psychiatrie adulte, où une partie des patients sont pris en charge par l'AI.

F. essaie d'éviter la psychiatrie carrousel en assurant au mieux la chaîne thérapeutique et le réseau à disposition du patient. Leur taux de réadmissions est faible: 2-3 par année.

Les principaux diagnostics de sa division sont l'anorexie, les affections psychosomatiques, les dépressions, les PTSD; il n'y a pas de prise en charge des toxicomanes par manque d'argent.

Il n'y a rien en Suisse pour les jeunes délinquants.

La psychiatrie psycho-sociale essaie de ne pas s'arrêter seulement au syndrome, mais de prendre en compte l'environnement, et surtout les ressources des malades. C'est une approche coûteuse en temps et argent. Elle contraste avec ce qui se fait à la clinique universitaire, dont une approche est biologique, qui a des prises en charge très courtes, s'arrêtant à l'administration de médicaments.

La question qui se pose, c'est combien d'efforts on déploie par patient jusqu'à sa guérison: indice de rationnement.

Les lobbies de défense des patients adultes se sont améliorés, mais pour les jeunes, il n'y en a pas.

Indicateurs

C'est très difficile à indiquer en psychiatrie.

Il faudrait des échantillons statistiquement valides, des comparaisons interdisciplinaires listant les prestations: médecins, médicaments, soins, psychothérapies, autres offres thérapeutiques (art-thérapie, musicothérapie, etc.); durée de prise en charge; diagnostics et pronostics.

Réadmissions. Nombre, à quels intervalles? Itinéraire des patients, satisfaction des patients.

Combien a été fait - avec quel(s) résultat(s)?

G.- Entretien du 3 septembre 2001 * / Psychiatrie pénitentiaire / Domaine public

Le service a été créé avec des ressources suffisantes, qui ont même augmenté depuis lors. Il y a des moyens financiers. A ce niveau, il n'y a pas de rationnement. En revanche, on lui demande des rapports tous les 15 jours en justifiant l'efficacité des soins des patients suivis, des récidives, des délinquants sexuels et autres. Mais son service n'est pas le plus mal loti.

Auparavant, il n'existait que des infirmeries; depuis lors, son équipe a triplé. On peut fonctionner en prison avec un seul infirmier, avec de la contention, sédation, etc.

Milieu pénitencier: personnel menacé de burnout, conflits. La collaboration avec les autorités pénitentiaires est difficile: elles veulent des médecins à leur ordre. **G.** a insisté sur son indépendance (mise en place de cures de méthadone). La prison fonctionne sur un mode totalitaire. Le lobby des directeurs de prison est puissant: ils veulent une psychiatrie de pouvoir et non pas une psychiatrie du sujet. Cela crée des effets de rationnement indirects, implicites.

La « Forensische Psychiatrie" fait surtout des expertises. **G.** s'occupe de 5 prisons (total de 600 détenus) et offre des services de santé somatiques et psychiatriques, ainsi que des actions de prévention.

Il y a encore en prison des problèmes d'échange de seringues usagées.

Il y a des consultations ambulatoires dans certaines régions. **G.** effectue un travail de psychiatrie de liaison, de psychiatrie communautaire. Il y a environ 100 patients psychiatriques, 400 toxicomanes. Il règne une grande morbidité dans les prisons. Il y a 200 cures de méthadone par année. **G.** travaille en partenariat avec un collègue spécialiste des addictions, la PMU, la médecine légale, l'Institut de radiophysique, etc.

S'il voulait fonctionner à son entière satisfaction, il ne le pourrait pas, faute de moyens: par exemple en ce qui concerne les patients dangereux, violents, ceux qui sont rejetés par les services psychiatriques. Avec trois chefs de clinique et 2 médecins assistants, les moyens sont insuffisants.

Au contraire d'autres pays, notamment la France, il n'y a pas de rationnement de médicaments en Suisse; les détenus sont affiliés à des caisses-maladie, mais le ratio personnel/patient est très faible. Cependant, par rapport aux autres cantons de la Suisse romande, son service est privilégié.

Un des indicateurs importants de rationnement implicite, c'est le nombre de gens sans soins et l'insuffisance des structures. Le GRAAP s'occupe de certaines prises en charge, il n'y a pas de foyers, pas de lieux d'accueil de psychiatrie sociale. Il commence à y avoir pas mal de gens dans la rue sans soins. Une structure bas seuil: il s'agit d'une population qui échappe à tout réseau de soins, quelles que soient les stratégies mises en place.

Une autre forme subtile de rationnement, c'est une absence de capacité à développer des novations psychiatriques; sans innovations, on a un fonctionnement chronique, voire stérile.

La psychiatrie universitaire est de plus en plus orientée vers la psychiatrie biologique, les neurosciences, avec le support des firmes pharmaceutiques; c'est là où on trouve des fonds pour la recherche. Cette approche se fait au détriment de la qualité de l'accueil, de l'accompagnement, du social et du relationnel. Le maintien de ces compétences et de ce type de qualité des soins est en danger. En termes de recherche aussi.

Indicateurs

Le nombre de gens dans des structures sans être soignés. La psychiatrie publique diminue ses structures d'accueil. La gestion de la violence et de la marginalité se fait mal. Les sans abri deviennent un véritable problème.

Auparavant, l'article 43 du code pénal, qui permet l'internement à durée illimitée sur la base de pathologies psychiatriques, et qui était devenu obsolète, est de plus en plus utilisé (développement exponentiel). La société réagit à tous ces problèmes par l'incarcération de plus en plus répandue: c'est une forme de rationnement.

Il y a peu de SIDA en prison, surtout des hépatites C. La prévention est loin d'être entrée dans les moeurs de l'administration carcérale; il y a une véritable incompréhension de ces problèmes dans le milieu pénitentiaire. Ce déficit est un rationnement.

Le rationnement augmente en proportion avec le nombre d'administrateurs. La bureaucratie peut entrer dans ce cadre.

H.- Entretien le 4 septembre 2001 / Psychiatrie adulte / Domaine public

Il y a une pression transmise par les chefs de service sur la nécessité des séjours d'hospitalisation les plus courts. Cela se traduit par une organisation du travail pour ne pas perdre de temps, à savoir:

- un retard dans le projet thérapeutique
- un retard avec le réseau extérieur
- un retard dans l'organisation avec les gens extérieurs pour planifier la sortie.

Il existe une difficulté générale à trouver une institution semi-médicalisée pour les sorties par manque de place.

La tendance actuelle est le maintien à domicile: très récemment s'est mis en place un service de soins psychiatriques à domicile assuré par un infirmier.

Donc, le travail se fait en flux tendu avec le minimum d'attente.

Pour l'instant, on ne parle pas de rationnement, mais de rationalisation, à savoir l'organisation la plus efficace.

Le temps à disposition des patients (pour sorties, conversations, jeux de carte, etc.) se réduit maintenant à zéro. En fait, tout ce qui n'est pas reconnu comme thérapeutique est passé à la trappe. Il y a diverses offres thérapeutiques en compétition: le travail en atelier, la physiothérapie, l'ergothérapie, la musicothérapie, l'art-thérapie, la reliure, etc.: tout ce personnel se sent constamment menacé. Il existe une ferme sur le site de l'hôpital; dans le temps, les patients venaient pour certains travaux; maintenant, c'est terminé.

Aujourd'hui, les prises en charge se centrent sur trois approches:

- la médication
- les entretiens médicaux
- les entretiens médico-sociaux en réseau (médecin généraliste, assistant social, juge de paix, famille, etc.)

Il y a une grande complémentarité entre la psychiatrie biologique et la psychiatrie psycho-sociale. La majorité des patients ont un niveau d'éducation modeste, des difficultés sociales, familiales, etc.

Il y a une bonne et étroite collaboration entre les assistants sociaux et les médecins.

Il n'y a pas de listes d'attente, en tout cas pas aux urgences. Les patients arrivant aux urgences sont référés par le centre de crise ou sont internés d'office (police et médecin de garde).

Les réadmissions sont fréquentes. Elles posent des problèmes fondamentaux et quotidiennement aux psychiatres. Le patient est-il suffisamment stabilisé avant de le laisser sortir? C'est difficile de le savoir. La maladie psychiatrique est très souvent chronique. Une réadmission peut signifier que l'hospitalisation n'a pas été assez longue; un nouvel événement traumatisant est survenu dans la vie du patient; le patient est intrinsèquement fragile. Le pronostic en psychiatrie est un grand problème.

Pour certains patients, la stigmatisation est encore un problème; certains attendent d'être dans un état catastrophique avant d'être hospitalisés. Certains schizophrènes chroniques qui connaissent bien leur maladie viennent consulter avant une rechute.

Les deux modes principaux d'entrée aux urgences sont les tentatives de suicide et la violence. Beaucoup d'entrées se font contre le gré des patients: ce sont les admissions d'office; lorsque le patient représente un danger immédiat pour lui-même et pour les autres. Il s'agit d'une privation de liberté à fin d'assistance (PLAFA). Lorsqu'il y a prolongation, il faut l'assentiment du juge de paix.

Problème de la contention. Officiellement, il n'y a plus de division fermée, mais il y a des gens agités. Des gens gravement dépressifs sont placés dans des chambres à « soins intensifs » qui sont fermées à clé. Parfois, il y a attachement jusqu'à ce que les médicaments puissent agir. Le personnel soignant voudrait qu'on soit plus musclé avec les patients, c'est eux en qui subissent directement les conséquences; les médecins sont plus libéraux sur cette question.

Indicateurs

Eléments très liés qui peuvent produire des tensions contradictoires:

- la sécurité publique
- la protection des gens contre eux-mêmes
- le problème du refuge asilaire.

En psychiatrie, les critères sont flous: il n'existe pas de pronostics précis; la notion de besoin est très floue. Il est très difficile de savoir si on en fait trop ou pas assez.

Un critère pour une étude du rationnement implicite consisterait à comparer les résultats attendus en début de séjour avec ceux de fin de séjour. Cela pourrait être mesuré en termes sociaux (retours à domicile, avec ou sans aide, etc.) et en termes de satisfaction du patient: il existe toute une série d'échelles validées qui pourraient être utilisées.

I.- Entretien le 5 septembre 2001 * / Psychiatrie adulte / Domaine privé

I. ne ressent pas de rationnement. Fait peu de psychothérapies à long terme; a quelques patients de longue durée, qu'elle voit au maximum 1 x par semaine. Prend 40 à 50 nouveaux cas par année. En 1988, **I.** a pris 43 nouveaux cas sur un total de 189 dossiers; en 1999, 59 cas nouveaux sur un total de 183 dossiers.

Il n'y a pas de liste d'attente, mais des demandes quotidiennes. **I.** réfère à d'autres collègues; dans les cas urgents, elle rappelle si un autre patient n'est pas venu. Ou elle renvoie au médecin de famille du patient qui a un réseau.

Il y a un manque général de psychiatres.

Diagnostiques les plus courants: conflits familiaux, de couple, familles qui dysfonctionnent, dépressions; les schizophrènes, les maniaco-dépressifs sont généralement pris en charge par les institutions.

La demande a augmenté en 15 ans. Il y a plus de gens qui veulent être suivis en privé, même parmi les schizophrènes chroniques. Elle suit des travailleurs immigrés, des gens avec douleurs multiples, des dépressifs non traités auparavant.

Il existe des cas où les caisses-maladie font des difficultés pour rembourser les traitements. Accusations de simulation. L'AI a également rechigné à une prise en charge pour incapacité de travail.

Ne peut pas se prononcer sur le fait qu'il pourrait s'agir d'une tendance générale.

Raisons de l'augmentation des demandes: principalement les problèmes au travail, les gens avec peu de ressources, un statut peu élevé, ceux qui trouvent leur identité dans le travail et qui sont précarisés, surtout les hommes de plus de 50 ans; il y en a beaucoup à l'AI.

I. essaie de responsabiliser ses patients; ne pas prolonger les prises en charge. Il y a eu de grands progrès dans la médication; il y a moins d'effets secondaires, ils sont mieux supportés. Les prix, eux, ont beaucoup augmentés, mais il n'y a pas de problème de remboursement par les caisses. Si les caisses ne remboursaient pas, il s'agirait de rationnement. Le critère de l'âge pourrait aussi être un indicateur.

Stigmatisation

L'identité de fou fait peur à ses patients, ainsi que le risque d'être hospitalisé; cela se ressent surtout chez les travailleurs immigrés (portugais). Il faut dire que voir un psychotique est une chose effrayante pour tout le monde.

On est jamais sûr de l'efficacité d'un traitement.

J.- Entretien le 5 septembre 2001 / Psychiatrie adulte / Domaine privé / Ex-psychogériatrie / Domaine public

Le rationnement implicite est-il un thème pour vous? Oui. Sous quelle forme? Par l'attitude des caisses-maladie à propos de faits très concrets. Les patients, grands malades, grands psychotiques, qui ont passé à de multiples reprises dans des institutions. Il faut les voir souvent pour prévenir une rechute. Pour ce qui est des caisses, ils n'ont pas droit à plus d'une séance tous les 15 jours; certains ne sont plus venus à cause de cela; il faut se battre avec les caisses; même si on a gain de cause, cela crée des interruptions dans les soins, parfois des hospitalisations.

Il faut sans cesse se justifier auprès des caisses, justifier les psychothérapies; c'est un véritable harcèlement. **J.** se sent surveillée et rationnée par les caisses.

A 60 ans, **J.** réduit progressivement ses activités et prend de moins en moins de nouveaux patients. Elle a des listes d'attente de 6 mois à 1 année et, aujourd'hui, moins de demandes; il y a refus de s'occuper de nouvelles prises en charge. **J.** envoie les demandeurs aux jeunes collègues.

Elle fait la distinction entre bons et des mauvais cas en psychiatrie. Les toxicomanes, personnes âgées, alcooliques, urgences entrent dans le deuxième cas de figure,

Elle pratique des psychothérapies psychanalytiques.

Situation des EMS

Elle fait partie d'une commission de plainte et est donc tenue à un devoir de réserve. La situation y est très difficile et on peut clairement parler de rationnement. Les conditions de travail du personnel sont épouvantables (heures, horaires, rémunération, reconnaissance). Il y a des problèmes de compétence médicale. Tout cela abaisse nettement la qualité des soins. Actuellement, on ne voit aucune amélioration.

La difficulté majeure en psychiatrie, c'est le temps: un psychiatre travaille dans la durée. Cette donnée est méconnue par nombre de partenaires. Il y a des tracasseries administratives incessantes.

Indicateurs

- La correspondance avec les caisses-maladie
- Les réserves des caisses-maladie; en cas de changement de caisse, la personne doit mentionner s'il y a eu traitement psychiatrique; les caisses font des difficultés dans ces cas. **J.** a des patients qui paient eux-mêmes leur traitement psychiatrique pour ne pas avoir ces réserves.

En principe, les psychiatres de ville ne reçoivent pas de cas lourds; il leur manque le personnel; **J.** en voit quelques-uns, connus du temps de Cery.

Les psychiatres coûtent le moins cher; on n'évalue pas à sa juste valeur l'apport du psychisme dans les maladies.

K.- Entretien le 6 septembre 2001* / Psychogériatrie / Domaine public

En prenant rendez-vous, **K.** me dit en prélude qu'on ne peut pas gagner sa vie en psychogériatrie.

Le rationnement n'est pas vraiment un thème, il n'existe de directives, ni ouvertes, ni cachées; il n'y a pas de volonté claire de rationnement. Il existe un certain nombre de mesures administratives qui ont des effets pervers.

La situation des EMS

Depuis 10 à 15 ans, il existe un accord avec les caisses-maladie sur un forfait journalier par patient. Peu importe la lourdeur du cas. Il existe un budget pour le médecin. Il y avait consensus, accord général. Puis il y a eu une évolution: Les EMS ne voulaient prendre que des cas légers. Que fallait-il faire des cas lourds? Il y avait peu de médecins, peu de médicaments. La mesure de la lourdeur a été introduite par une échelle qui mesurait les activités de la vie quotidienne (se laver, bouger, se déplacer, etc.). Mais les cas psychotiques, par exemple, ne sont pas correctement mesurés par cette échelle de lourdeur des cas.

Pour les médicaments, il existe un forfait. La tendance ces dernières années a été une augmentation de cas en psychogériatrie et une diminution des séjours hospitaliers. Certains arrivaient en EMS dans un état peu stabilisé. Le forfait ne suffisait plus. Pour que les EMS puissent tourner avec leur budget, ils faisaient moins appel aux médecins. C'était donc un effet de rationnement, sans qu'on en parle ouvertement. Le forfait par jour était de fr. 1.90. Tandis que le prix des médicaments, (antidépresseurs, neuroleptiques, médicaments contre la démence) augmente, le forfait pour les médicaments est de fr. 3.50 par jour, alors qu'il devrait être de l'ordre de fr. 10.- par jour. Il y a là une pression sournoise. Maintenant, certains médicaments sont directement payés par les caisses et donc sortis du forfait. Cela a constitué une amélioration des choses. Mais lorsque les caisses feront leurs comptes, ça va sans doute exploser.

Autre problème: dans nombre de situations, les efforts de réhabilitation sont sabotés. La réhabilitation implique le travail du médecin, des infirmières, des médicaments adéquats, etc. Cet effort de maintien de l'autonomie des patients n'est pas véritablement valorisé. On peut faire bien moins cher en donnant des sédatifs qui maintient le patient au lit, ça ne coûte rien en frais et rapporte plus. C'est un effet pervers et tordu, sans être le fruit de mécanismes voulus.

Les patients psychiatriques âgés n'ont pas de lobbies pour les défendre.

Les données épidémiologiques indiquent que plus de 50% des patients dans les EMS ont de graves pathologies (dépressions + autres affections somatiques). Il y a peu de personnel formé en psychiatrie, pas de spécialistes. Il y a non adéquation entre la clientèle et le staff, avec pour conséquence une diminution de la qualité des soins.

Certains EMS disent qu'ils aimeraient avoir un psychogériatre et n'en trouvent pas. Il faut malheureusement faire un constat. Les gens bien formés dans leur unité avec de hautes compétences dans le domaine abandonnent la psychogériatrie quand ils quittent le service. Les gens ne veulent pas faire carrière dans ce domaine. Il n'existe aucun psychogériatre en ambulatoire. Les raisons sont primordialement d'ordre financier. Dans les EMS, il n'y a d'interventions auprès des patients qu'une ou deux fois par semaine. Les entretiens avec la famille, comment les facturer? Ce travail n'est ni valorisé, ni reconnu. Il se dessine maintenant un changement d'attitude par rapport à ce type de prestations.

Son prédécesseur avait créé un centre de psychiatrie sociale pour des patients psychotiques, des zonards, des gens qui ne demandent pas directement de l'aide, mais qu'il faut aller chercher. C'était une psychiatrie qui allait vers le patient. Cela était très coûteux en logistique, en temps. On était pas sûr de voir le patient. Comment facturer ces efforts? Maintenant, la tendance consiste à laisser tomber ce type de prestations et à se limiter à des actes réalisables, et donc facturables. Les visites à domicile étaient très mal payées, les frais de déplacement aussi; cela prenait un temps incroyable, mais qui avait une grande valeur préventive dans la cité, dans la proximité.

La policlinique doit désormais continuellement démontrer son efficacité. **K.** prend comme analogie un poste de police: quelle est son efficacité? Mettre le maximum d'amendes ou, par des actions de proximité, prévenir la criminalité? Par une présence sur le terrain, on peut faire de la véritable prévention, qui n'est pas un acte très visible.

Les soins de patients âgés qui ont la maladie d'Alzheimer implique souvent la famille, qui a besoin de conseils et d'orientation. Pour se faire rémunérer ce travail, il faut ouvrir un dossier pour chaque membre de la famille, afin de pouvoir facturer. Ce sont des tracas administratifs considérables.

De manière générale, tout le travail systémique en réseau n'est pas valorisé: ce ne sont pas des prestations visibles, chiffrables. C'est une pression globale.

Avec une population de personnes âgées, vous avez des difficultés de rendez-vous, nombre d'annulations qui posent des problèmes de logistique; il faut aller voir le médecin traitant, faire venir les dossiers.

La tendance actuelle est d'abandonner ce type de travail, sacrifier tout l'aspect de psychiatrie sociale, le travail dans la cité. Les consultations se font à la policlinique dans la mesure du possible; il y a des visites dans les EMS, mais ce n'est ni lucratif, ni valorisé; ce sont souvent des prestations de 15 minutes, des déplacements, des pertes de temps, etc. C'est une activité très morcelée. L'administration lui dit qu'en comparaison avec la psychiatrie adulte, **K.** fait moins de prestations.

Il n'existe pas de psychogériatre installé en privé, parce que ce n'est pas lucratif.

Ici, on est une des rares villes où il y a une chaire de psychogériatrie. On est donc favorisé, par comparaison. Dans ce sens, il ne faut pas se plaindre.

Le rationnement provient de cette nouvelle culture du public management, des plans de restriction; ce n'est pas délibéré, mais c'est un fait. Si **K.** expose ses problèmes à un économiste, il est incompris. Il n'y a aucune discussion entre les différents groupes d'intérêt.

Indicateurs

Je ne les ai pas trouvés.

Cela pourrait être:

- le nombre d'annulations de rendez-vous
- les téléphones qui n'aboutissent pas
- les téléphones aux confrères.

Bref, tout ce qui est du temps perdu et qui n'est pas facturé. Le problème principal, c'est le fait qu'il est impossible d'avoir un rythme de travail régulier, une planification en psychogériatrie. Dans un cabinet, on peut planifier.

Le centre de crise refuse toutes les urgences psychogériatriques pendant la journée. C'est la policlinique qui doit en plus s'occuper de ces prises en charge. C'est une obligation supplémentaire. Ces urgences aboutissent souvent à des hospitalisations d'office. Il faut intervenir avec un policier, le préfet ou un serrurier, lorsque la personne se barricade. Cette activité bloque tout le reste du travail de la policlinique.

Le centre de crise ne fait pas de visites à domicile; beaucoup de personnes âgées ne viennent pas, ne sont pas demandeuses. Nous subissons une forme de rationnement par le centre de crise.

La masse critique de notre personnel est faible. Depuis sept ans, elle est insuffisante. Il a été question et même décidé que nous serions réunis avec la psychogériatrie de liaison à l'hôpital général, mais il n'y a pas de place. La décision prise n'est pas réalisée.

Cependant, on ne peut pas désigner un responsable. Cela fait 4 ans que **K.** a vu le directeur financier pour la dernière fois. Et il n'a pas vu son directeur administratif depuis 1 année et demie.

Si la psychiatrie a une position marginale au sein des disciplines médicales, la psychogériatrie a une position marginale par rapport à la psychiatrie.

Il y a très peu de collaboration avec les psychiatres de ville, mais une collaboration assez intense avec les généralistes.

L.- Entretien 10 septembre 2001* / Pédopsychiatrie / Domaine public

Il y a une certaine vigilance concernant le coût des traitements. Ceci est plus présent dans notre esprit. Les caisses-maladie demandent des justifications de prise en charge, des rapports. Il y a une certaine pression de la part des assurances-maladie, également de la part de l'AI. Est-ce que cela aboutit à un rationnement, c'est en tout cas un facteur limitant cette attention portée aux coûts des traitements. D'autant plus que 10% sont à la charge de la famille.

Prix des nouveaux médicaments

Les neuroleptiques sont d'usage plus facile aujourd'hui, avec moins d'effets secondaires, une meilleure observance; mais certains coûtent fr. 10.- le comprimé, il y a donc des questions qui se posent.

A l'hôpital de jour, il existe une certaine autocensure pour des demandes faites dans les services (par exemple à l'enseignement spécialisé); certains hésitent à demander le matériel

nécessaire à leurs activités, e.g. une imprimante, un ordinateur, un projecteur. Les gens se modèrent eux-mêmes.

En principe, ils n'ont pas de listes d'attente; toutefois, en mai-juin 2000, ils ont dû différer quelques admissions.

L'hôpital de jour est un service entre l'hospitalisation et l'ambulatoire; comme hôpital de jour, c'est de l'ambulatoire intensif. Ils ont 15 places et ne sont pas pleins en permanence. La plupart du temps, 10 places sont occupées à temps plein. Ils accueillent des jeunes de 13 à 18 ans.

Indicateurs

Ils devraient être comparatifs, par rapport à une période donnée, par rapport à d'autres lieux où il n'y a pas de rationnement.

A l'hôpital de jour, ils fonctionnent sur le principe de ne pas prodiguer plus de soins que nécessaire; actuellement, il n'y a pas de forte pression afin d'être rentable.

La durée de prise en charge est de 4 mois en moyenne (fourchette de 40 jours à 1 an et demi). Quand ils sont pleins, il y a une redéfinition de qui doit sortir; quand il y a des demandes urgentes, il faut se dépêcher de faire sortir des patients. La tendance actuelle est de mieux sélectionner les indications, de détecter ceux qui bénéficient le plus d'une prise en charge, selon un critère d'efficience.

Diagnostics

- les troubles de la personnalité ne donnent pas les meilleurs résultats; certains cas s'améliorent, d'autres pas
- les psychoses donnent lieu à des prises en charge longues
- les pathologies conjoncturelles: épisodes dépressifs, ruptures scolaires; ces cas tirent le meilleur bénéfice de l'hôpital de jour.

Les coûts restent un critère secondaire; ce qui prévaut, c'est le raisonnement clinique; ils n'ont pas encore l'habitude de raisonner en terme de rentabilité. Ils essaient de travailler au plus vite et au mieux. Ces questions surgissent lorsqu'il n'y a pas assez de patients.

L'équipe est composée de 10 temps pleins; elle est pluridisciplinaire (médecins-psychiatres, assistante sociale, psychologues, éducateurs, infirmière, enseignantes). Quand il y a 15 jeunes, ils ne sont pas surdotés.

Le travail doit aussi être pondéré selon la lourdeur des cas.

M.- Entretien, le 10 septembre 2001* / Association patients/proches

C'est une préoccupation qui revient régulièrement, qui est récurrente. On en parle dans les groupes de rencontre avec les patients et leurs proches. Le sentiment général est que les médecins n'ont pas suffisamment de temps. Les médecins disent que les patients devraient prévoir une évolution, mais celle-ci demande une modification de leur attitude pour la réussite du suivi. Hors de l'hôpital, les patients ne trouvent pas le temps pour du psychothérapeutique, ce qui est frustrant. Le séjour à l'hôpital devrait permettre aux patients de faire le point, d'être guidé. Souvent, ils sont repris par les médecins de ville. Il y a donc rupture dans le continu thérapeutique, par manque de temps. L'hôpital intervient dans la crise et rien d'autre. Le patient est frustré, peu compliant. Les patients rapportent qu'ils ne voient pas suffisamment le médecin, seulement 1 à 2 fois par semaine, alors qu'une rencontre quotidienne, un passage journalier serait idéal.

Si la chirurgie moderne a besoin d'appareillages de plus en plus sophistiqués et chers, la psychiatrie coûte en personnel. Le public n'a pas conscience de ce problème. Un handicapé physique bénéficiera d'un plus grand support qu'un handicapé psychique. L'outil principal en psychiatrie, c'est l'humain.

La stigmatisation touche à la fois le patient et le psychiatre. On a encore cette image du psychiatre qui cause, qui cause... la psychiatrie n'est pas considérée comme une science. Dans les films, la figure du psychiatre est encore ridiculisée et donne à rire.

Le problème du manque de temps existe également en ambulatoire. La plupart des patients perçoivent les visites comme superficielles (« comment ça va, on se revoit dans 3 semaines ») sans les motiver à faire un travail sur eux-mêmes. Les premières victimes de cet état de choses sont les patients timides; il faut du temps pour amorcer une relation.

Hospitalisations courtes

Il y a 15-20 ans, les patients demandaient l'accélération de leur sortie de l'hôpital; les hospitalisations non volontaires étaient mal perçues. Depuis les 5 dernières années, ils se demandent comment entrer à l'hôpital; il faut vraiment être malade pour être admis; il faut une transgression, un temps d'attente pour aller très mal. La plupart des gens favorisent les hospitalisations courtes. On a mis en place ce qu'on appelle les hospitalisations programmées: le patient re-stabilisé après une crise décide de revenir 2 jours dans une période fixe. Cela a un côté rassurant. Cela se pratique dans certaines divisions avec certains médecins.

Rationnement en ambulatoire

On reste trop dans le contrôle, l'équivalent de prendre la température, de s'assurer de la stabilisation du patient; il n'y a pas de travail en profondeur.

Prix des médicaments

Le GRAAP n'a pas investigué cette question. La plupart des patients vus par le GRAAP sont à l'AI, ou bien ils ont des assurances complémentaires.

Les caisses-maladie demandent des justifications des prises en charge, il y a un quota d'entretiens remboursés. Mais jusqu'ici, cela n'a pas eu de répercussion sur les patients: ce n'est pas une vraie difficulté.

Indicateurs

Le GRAAP va mener une enquête concernant le nombre d'entretiens auxquels a droit le patient. A Fribourg, on sait que le médecin voit le patient une fois par semaine. En règle générale, le patient devrait être vu le jour même de son hospitalisation: est-ce le cas? Par la suite, on devrait pouvoir relever le nombre d'entretiens médicaux par semaine et par patient. Un patient en isolement (soins intensifs psychiatriques) devrait pouvoir voir le médecin deux fois par jour et avoir des entretiens infirmiers une fois par heure.

Contention

Le GRAAP n'y est pas opposé si cela est fait dans un but thérapeutique pour stabiliser le patient et si elle est accompagnée.

Le GRAAP, de manière générale, cherche à identifier les problèmes touchant les patients psychiatriques et leurs proches, et à les quantifier; il fait également des interventions politiques.

Qualité des soins

Les avis des patients sont divergents. Tout est lié aux rapports interpersonnels. Il y a une tendance à écouter davantage le patient et à lui laisser une plus large place. Dans les années 80, le patient tenait peu de place dans la vision des psychiatres: on demandait au patient de prendre son traitement et de se taire, en gros. Maintenant, il y a une prise en compte du patient et de son confort. On donne davantage d'importance à l'information transmise au patient et on s'assure qu'elle est soit bien perçue. Les psychiatres font l'effort d'adapter leur langage, cela aussi prend du temps. Ils commencent également à dire qu'ils ne sont pas tout puissants, avant, ils ne savaient pas reconnaître leurs limites. Les proches sont également mieux considérés. Avec l'introduction d'une division d'accueil à Cery, les proches et les patients sont reçus et écoutés. Il y a une équipe d'accueil (infirmier et médecin), qui prend le temps. Cette qualité d'accueil existe depuis 2-3 ans.

Restructuration des soins à l'hôpital psychiatrique

Avec l'arrivée du nouveau professeur il y a 3 ans, on a créé des divisions en fonction des diagnostics. Cela permettait une meilleure connaissance des personnes dans une division, ainsi que des interventions plus pointues. La formation d'une « masse significative » de patients facilite une meilleure approche scientifique, favorise la recherche. Pour le GRAAP, il s'agit d'un développement positif, alors qu'ils étaient réticents au départ. Il y avait la crainte de « saucissonner » les gens, de produire une vision des patients par diagnostics. Sur le plan médical, cette démarche permet de poser un diagnostic plus rapidement et de formuler un projet thérapeutique plus vite.

Le GRAAP a été fondé en 1987 par **M.** qui était assistante sociale dans le domaine psychiatrique et avait travaillé au service social de Pro Mente Sana. Le groupe a été créé sur la base d'un certain nombre de constats: des plaintes en ce qui concerne la grande solitude vécue par les patients, leur difficulté à réussir une réintégration sociale, leur impuissance face à la médecine psychiatrique, l'absence d'écoute des psychiatres qui ne les considéraient pas comme des partenaires, l'absence d'ateliers protégés, l'absence de lieux d'hébergement et une image de la folie très négative. Avec au départ un groupe de 9 personnes (patients et proches), le GRAAP s'est constitué. Au départ, **M.** témoignait pour les patients dans les medias, parce qu'il y avait cette honte. Le climat a bien changé à cet égard. Maintenant, les patients s'empressent de témoigner. Ce travail de dédramatisation de la maladie mentale a porté ses fruits.

Les exclus des soins

Cela fait partie de la maladie; il y a un lien avec la qualité des soins, souvent, il y a encore un déni de la maladie: ce sont les autres qui sont malades; le temps permet la construction d'une relation de confiance pour que le patient puisse admettre son handicap et avoir une prise de conscience. Ce chemin nécessite du temps et de l'écoute.

N.- Entretien, le 10 septembre 2001. * / Association patients/proches

Il n'y a pas de rationnement explicite dans la mesure où il n'y a pas de projet qui aille dans ce sens; il n'y a pas de démarches conduisant à un rationnement explicite. En revanche, il y a clairement une sous-dotation en psychiatrie par rapport aux besoins de la population. L'utilisateur en psychiatrie ne trouve pas dans le système de soins une quantité et une qualité satisfaisantes. Par exemple, dans le Jura, la durée moyenne des séjours stationnaires est de 3 à 6 semaines; ici, elle est de 3 à 6 jours. Il

Il y a une surcharge du système. Les demandes ont doublé en 10 ans. Les équipes sont surchargées. A peine stabilisé, on relâche les gens dans la nature. Il n'y a pas l'attention ni la qualité requises.

Qualité soins

Les doléances des patients soulignent que les médecins n'ont pas assez de temps; la réponse automatique est une réponse médicamenteuse, alors qu'ils souhaiteraient une présence, une disponibilité, et non pas une simple suppression du symptôme. A vouloir seulement stabiliser l'humeur, on refoule le problème, on met un couvercle sur la marmite. La tendance actuelle est aux neurosciences, soutenues par l'industrie pharmaceutique, apportant du prestige et favorisant les carrières des médecins au détriment du relationnel. Ici, on se défend de cette attitude et on parle plutôt d'intégration des différentes orientations théoriques. De fait, ce n'est pas le cas et pas seulement par faute de ressources.

Durée prise en charge

Si l'environnement de soins est agréable et qu'il y a un certain degré de confiance, les patients ne veulent pas sortir. Le seuil d'entrée à l'hôpital est très élevé. Les patients qui sentent l'avènement de la crise ne trouvent pas de réponse à leur demande d'hospitalisation: il faut une crise grave, visible.

La logique est d'hospitaliser le moins possible. Ici, on a la dotation la plus faible en lits hospitaliers de Suisse.

La psychiatrie est très politisée ici. Le Conseil d'Etat proclamait qu'aucune innovation positive n'est jamais venue des psychiatres; l'offre de soins, c'est le problème du politique. N. a fait partie de la commission d'experts sur la situation de la psychiatrie adulte qui, dans ses recommandations, proposait de revaloriser le relationnel. L'hôpital universitaire doit servir de porte d'entrée; c'est une façon de réintégrer le psychiatrique dans le somatique, puis les patients sont dispatchés. C'est une logique de psychiatrie généraliste. Un regroupement par pathologies a été proposé, un regroupement par symptômes, les patients étaient demandeurs, le personnel aussi, mais le politique a bloqué; la critique parlait de danger de création de ghettos. D'étiquetage des malades, d'intérêts pharmaceutiques sous-jacents. Le projet a été refusé en juin 2001. Selon lui, ce projet n'était ni dangereux, ni dogmatique. Le groupe de travail avait proposé de travailler sur deux axes: une sectorisation géographique proposant un programme de soins de psychiatrie générale d'une part, et d'autre part, une offre spécifique sur demande laissé au choix du patient. Il existe des schizophrènes par exemple qui résistent au diagnostic et d'autres qui l'assument.

Surpsychiatisation?

Cela fait longtemps qu'un inventaire de la psychiatrie adulte devrait être fait. On sait que le nombre d'hospitalisations a augmenté. Les raisons de cette situation ne sont pas connues. Peut-être existe-t-il une meilleure accessibilité et moins de stigmatisation. Il existe autant de psychiatres (400) ici qu'au Québec.

Stigmatisation

Concernant ce problème, il y a eu des progrès très relatifs. Le taux de prévalence des maladies mentales est énorme; on parle d'une personne sur deux qui, dans son existence, sera confrontée au problème. Les dépressions sont en augmentation très nette, et avec elles tous les troubles du sociétal. Il existe dans le public une certaine familiarisation avec les troubles psychiatriques, ce qui ferait baisser la stigmatisation; d'un autre côté, comme effet paradoxal, cette familiarité augmente l'angoisse de la société. Le psychiatre fait encore peur et il le vit mal. Les infirmiers en psychiatrie,

quand on leur demande ce qu'ils font dans la vie, disent qu'ils sont infirmiers, mais pas que c'est en psychiatrie.

Pression des caisses

N. n'en a pas d'écho.

Les problèmes principaux des patients sont d'ordre juridique (contrats de bail, de travail, etc.); la moitié des cas d'entrée sont des hospitalisations non volontaires. Selon la loi, le critère d'intervention en vue d'une hospitalisation, c'est la dangerosité. C'est un mauvais système et il touche souvent les proches. Souvent, le patient est en crise aiguë sans être dangereux; l'hospitalisation provoque un choc, un sentiment d'injustice, de révolte. Il faudrait intervenir avant une quelconque dangerosité. Dans le Jura, on a mis en place des mesures préalables où on interagit avec la personne avant qu'elle ne soit en crise; on l'encourage à consulter. Mais dans le Jura, les villes sont des communautés. Par exemple, un alcoolique sera interdit d'accès aux débits de boisson. Cela serait inapplicable ici.

Indicateurs

Il faudrait discriminer les sources de rationnement:

- à l'intérieur du système de soins
- selon le financement/remboursement des caisses.

Il faudrait une évaluation sérieuse des coûts/bénéfices en psychiatrie.

La psychiatrie reste le parent pauvre de la médecine; il y a une stigmatisation interne. L'allocation de ressources n'a pas augmenté, alors que les demandes, oui.

On manque d'études sérieuses concernant:

- les causes de l'augmentation massive des hospitalisations
- les coûts/bénéfices
- la satisfaction de la population de patients.

Cette série de taches aveugles montre qu'il n'y a pas de volonté d'obtenir des indicateurs.

Actuellement, la situation est gelée ici en attente des élections. La situation est assez catastrophique. Les réponses institutionnelles sont à côté des besoins.

N. a mis en place une série d'échanges entre patients, professionnels et proches, autour du vécu de la psychiatrie, appelée psy-trialogue. C'est un lieu, en dehors des contacts de soins, qui permet de faire émerger les besoins en mettant les partenaires sur un pied d'égalité.

Autres informateurs interrogés sur le rationnement:

a.- Courte entrevue 20 juillet 2001 / Médecine généraliste / Domaine privé

Il n'y a pas assez de psychiatres; un nouveau psychiatre installé est plein après trois mois. La dépression peut prendre des formes multiples. Le malade souvent se défend de sa dépression; il y a un déni. 30-40% de patients viennent dans son cabinet de généraliste pour des affections psychiques. En septembre, il y a généralement un pic de l'ordre de 50-60%.

b.- Conversation téléphonique du 6 août 2001 / Administration hospitalière / Domaine public

Ici, la densité de psychiatres est la plus élevée de Suisse, donc la situation locale ne peut pas être comparée. Dans le contexte d'hôpital public avec interdiction de refuser des patients, il ne peut y avoir rationnement. Cela dit, il y a des lits dans les couloirs; les patients sont reçus, personne n'est refoulé, mais bon nombre sont envoyés dans une clinique régionale; il y a clairement raccourcissement involontaire des séjours. La demande explose, il y a crise.

Rapport situation de la psychiatrie adulte, janvier 2000

Question concernant les CTB dont il est recommandé l'exclusion; en fait, il s'agissait de centres avec 4 lits, avec 1 seul soignant par nuit; lorsqu'il y avait problème, l'ensemble était paralysé. Le groupe de travail dont **b.-** faisait partie a recommandé la création de 4 CTB avec 8 lits chacun; cela permet d'avoir 2 soignants/nuit et de recevoir des pathologies plus lourdes que cela n'était possible jusqu'à présent. Les propositions de ce groupe de travail (document interne) seront discutées par le parlement genevois à l'automne.

A ma question des indicateurs pertinents, il répond:

« J'ai trouvé votre message à mon retour de vacances et je l'ai transmis à mon supérieur. A ce stade, je ne suis pas en mesure de répondre avec précision à votre question. Je vous tiendrai au courant ».

c.- Entretien téléphonique le 15 août 2001 / Association patients/proches

Selon **c.**, les indicateurs principaux de l'existence d'un rationnement en psychiatrie sont à chercher dans les trois domaines suivants:

- Les prises en charge raccourcies: la décharge prématurée de patients peut constituer une pression entravant la qualité des soins. Le trend national (et international) étant vers moins de lits, la politique hospitalière va continuer à aller dans ce sens. Cet état de fait est plus ou moins bien vécu par les patients; certains sont ravis de sortir rapidement de l'hôpital. Par ailleurs, si la chaîne de soins est bien organisée en ce qui concerne la prise en charge post-hospitalisation, les patients peuvent y trouver leur compte; dans le cas contraire, cela constitue un véritable problème. Ce point est soutenu par les proches du malade, car si le sujet sort non stabilisé, c'est à eux que revient une prise en charge qui est souvent lourde.
- Les coûts des médicaments: les nouveaux antidépresseurs et neuroleptiques sont plus efficaces, mais également plus chers; auparavant, un traitement de neuroleptiques pouvait coûter fr. 40.- par mois, alors que maintenant, c'est un montant de fr. 400.-. Cela peut induire une hésitation chez les psychiatres pour prescrire ces types de médicaments, eux-mêmes étant soumis à une pression de diminution de coûts.
- Les dispositifs de la psychiatrie sociale ne sont pas soutenus et donc menacés. Il s'agit de petites unités proches de la communauté, hôpitaux de jour, appartements qui constituent des lieux non stigmatisants pour les malades. A Berne, cette situation est particulièrement frappante. Ces dispositifs sont fermés et partiellement réintégrés à l'hôpital, perdant ainsi leur fonction de réinsertion dans l'environnement familial, en raison de coupures budgétaires.

Ce dernier point est par ailleurs intéressant et tout à fait spécifique à la psychiatrie, car il s'agit d'une situation qui précède le rationnement tel qu'on l'entend, à savoir suppression de services, de prestations, de lits, etc. Il y a pénurie de lieux d'accueil hors de la clinique psychiatrique. Or, il s'agit de dispositifs qui pourraient prévenir des traitements stationnaires beaucoup plus coûteux. Ces dispositifs ne sont, dans certains endroits, tout simplement pas envisagés. Il y a disparité dans cette situation: à Zurich, l'offre existe; à St. Gall, on manque de structures de jour. Il faut souligner que ce type de structures n'a vu le jour que dans les dernières 20 années: auparavant, seul l'hôpital psychiatrique existait.

d.- Conversation, le 23 août 2001 / Infirmière / Domaine public

Constatation a été faite que nombre de patients se plaignaient des hospitalisations trop courtes; il y a de nombreuses réadmissions. Il existe un problème de perception du soin dans l'accompagnement, notamment en soins à domicile; c'est un travail peu visible qui, n'est pas valorisé. A l'hôpital, il y a sous-dotation de personnel; les veilles, ça va (26 patients pour deux infirmières).

e.- Conversation téléphonique le 3 août 2001 / Association patients/proches

Le but de leur association est la référence de « self help » groupes, surtout en Suisse alémanique. L'objectif est d'encourager la déstigmatisation des maladies dépressives, promouvoir l'estime de soi, responsabiliser le patient. Les dépressifs sont particulièrement stigmatisés, affaiblis, et sur lesquels il existe une emprise. Il s'agit aussi de l'empowerment de l'entourage.

Le droit du patient est d'être le plus complètement informé possible sur les thérapies et médicaments qui lui sont prescrits. Un médecin qui ne fournit pas ce travail d'information, qui n'est pas disponible pour cela exerce un rationnement implicite de soins. Le médecin doit justifier les risques, dialoguer avec son patient. Il s'agit d'arriver à une relation symétrique patient-médecin.

Rationnement = rétention d'information, déficit d'explication.

f.- Conversation téléphonique le 3 septembre 2001 / Psychogériatrie / Domaine public

Un indicateur serait à chercher du côté de la « Drehtürpsychiatrie »; le rationnement dans les cas individuels est très difficilement identifiable et a fortiori quantifiable. Il faudrait étudier le problème par des enquêtes longitudinales coûteuses. Il y a un grand déficit de statistiques.

g.- Conversation téléphonique le 4 septembre 2001 / Sociologie / Domaine public

Indicateurs pertinents de rationnement en psychiatrie:

Il faudrait analyser les offres thérapeutiques en clinique psychiatrique. **g.** donne l'exemple suivant: un des effets secondaires fréquent des médicaments est la prise de poids, qui pose des problèmes supplémentaires au patient. Dans certains établissements, il n'y a pas de diététicienne qui s'occupe de cette question; une diététicienne à 30% ne pourrait pas prendre en charge les besoins: ceci constitue un rationnement implicite.

Il faudrait rechercher tout ce qui pourrait constituer des limites de l'offre thérapeutique. Les admissions sont obligatoires, donc il faut voir quelle offre est faite au patient. Mais la mesurer est difficile.

Les réadmissions ne constituent pas vraiment un rationnement dans la mesure où une prise en charge courte peut être le signe d'une volonté de réintégration du patient dans sa communauté et son réseau social.

Pour les soins ambulatoires, on peut se demander qui reçoit le plus long suivi thérapeutique. Quel est le profil des patients suivis en ambulatoire.

Il existe clairement un rationnement par les caisses-maladie.

On peut s'intéresser à la qualité thérapeutique: quel temps consacré aux entretiens thérapeutiques (heures/jour); un ratio faible constitue un rationnement. Mais il y a absence de statistiques.

On peut regarder combien il y a de personnel soignant et de médecins pour combien de lits: existe-t-il une sur-offre, une sous-offre?