



# Psychiatrie sous double contrainte, enjeux de la planification en santé mentale

Partant des modifications majeures de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal), cet article apporte une contribution à la planification hospitalière en identifiant les principaux facteurs qui ont déterminé l'organisation actuelle des réseaux de soins psychiatriques.

On observe un fossé entre les orientations de ces réseaux et les modèles de financement prévus dans le cadre de la LAMal. Afin de préserver les progrès réalisés ces dernières décennies et éviter les effets négatifs d'un financement à la prestation trop restrictif pour les missions de la psychiatrie publique, la planification doit résulter d'un consensus entre l'Etat, les assurances et les nombreux acteurs de la santé mentale. A défaut, cela se fera au détriment des activités de prévention secondaire, de coordination dans le réseau, de soutien aux aidants naturels, et d'intervention au bénéfice de populations vulnérables.

Rev Med Suisse 2009; 5: 1837-41

**E. Bonvin**  
**L. Basterrechea**  
**P. Guex**

## INTRODUCTION, CONTEXTE ET ENJEUX

### Préambule

La présente analyse se fonde principalement sur l'expérience des auteurs dans le cadre des institutions psychiatriques du Valais romand et du canton de Vaud, bien qu'elle puisse s'appliquer aussi à des degrés divers aux autres cantons romands.

### Psychiatry under double bind, issue of the planification in mental health

Given the important modifications of the «Loi sur l'Assurance maladie (LAMal)», this article gives a contribution to the hospital planification by identifying the main factors that have determined the current organisation of the psychiatric care network.

We notice a gap between the orientations of these networks and the funding scheme forecast in the framework of the LAMal.

In order to preserve the progressions of these last years and to avoid the negative effects of a too restrictive funding act for the assignment of the public psychiatry, the planification must result in a consensus between the state, the insurances and the multiple actors of the mental health. Otherwise, this will be done to the detriment of the activities of secondary prevention, of coordination in the network, of support to the natural helpers, and of intervention to the vulnerable populations.

### Cadre légal

La Loi sur l'assurance maladie (LAMal)<sup>1</sup> impose aux cantons d'introduire les règles de financement (selon l'art. 49a) et les forfaits liés aux prestations (selon l'art. 49 al.1) au plus tard le 31 décembre 2011 puis, dans un délai de trois ans, de disposer d'une planification hospitalière selon l'art. 39. Ces dispositions découlent notamment de la concertation engagée depuis dix ans entre les partenaires de la santé (hôpitaux, assureurs, cantons) qui a abouti à une conception de l'activité hospitalière reposant sur un ajustement étroit entre les catégories diagnostiques, la lourdeur de la prise en charge, la quantification précise des prestations techniques et leur contrôle économique en continu. Inscrite dans une rhétorique de performance économique du système de gestion des cas (Casemix), classés en groupes homogènes de diagnostic (DRG), cette nouvelle conception ambitionne d'optimiser la qualité des prestations et du contrôle des coûts en instaurant un système de gestion analytique et de contrôle en continu des informations traitées. Partie intégrante du processus de planification, ce système, devrait permettre aux cantons d'assurer la *régulation quantitative centralisée de leur offre hospitalière* (art. 49).<sup>2</sup>

### Approche spécifique de la planification en santé mentale

Si cette mesure de la performance (Casemix) associée au DRG semble adaptée à la médecine somatique aiguë, elle apparaît cependant comme totalement inappropriée aux modes de gestion de la médecine de réadaptation, la gériatrie et la psychiatrie. Mais en l'absence d'outils de gestion adaptés, ces trois domaines de la médecine hospitalière n'en demeurent pas moins soumis aux exigences



communes imposées par la LAMal. C'est pourquoi, un groupe de travail spécialement dédié à la planification de la psychiatrie a été constitué pour sortir de cette impasse.<sup>3</sup> En concertation avec les acteurs cantonaux de la psychiatrie, ce groupe de travail a publié un «Guide de planification pour la psychiatrie»<sup>4</sup> qui propose une démarche adaptée aux spécificités de la santé mentale dans le cadre imposé par la LAMal.

Il souligne notamment les différents aspects qui légitiment une démarche distincte de la planification hospitalière conçue pour les autres spécialités :

- la psychiatrie ne se fonde pas sur une classification diagnostique objectivable pas plus que son activité hospitalière ne se base sur des prestations limitées à ce seul contexte. Compte tenu de ses spécificités, le champ de planification de la psychiatrie doit être ainsi compris dans un continuum allant de la santé mentale à la psychiatrie hospitalière en passant par les soins primaires et la psychiatrie ambulatoire.
- Les différences structurelles, fonctionnelles et de gouvernance entre les différentes institutions psychiatriques des cantons suisses sont telles qu'une analyse interinstitutionnelle comparative est aujourd'hui impossible. Le groupe de travail de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)<sup>4</sup> propose plutôt de favoriser un processus d'apprentissage mutuel entre les cantons basé sur la présentation et la discussion réciproques de programmes modèles.

### Planification en santé mentale, un défi de taille pour les cantons

Le défi lancé à la psychiatrie des cantons est de taille puisqu'il s'agit de planifier l'ensemble du champ de la santé mentale tout en appliquant les exigences de la LAMal.<sup>5</sup>

Selon ces dernières, la planification doit se concevoir en différentes étapes.

La première consiste à *déterminer les besoins* de la population en santé mentale et psychiatrie, ensuite le *calibrage de la nature et de la dimension des pratiques et instruments* pour y répondre et enfin l'*évaluation de leur impact* sanitaire, qualitatif et économique. La définition de l'ensemble du processus vise à donner le cadre qui servira de point d'appui à la *gouvernance institutionnelle et clinique* qui pilotera sa mise en œuvre, son évaluation et les adaptations nécessaires à sa pérennisation.

L'*analyse des besoins* repose sur une définition de groupes démographiques pour lesquels sont estimés la prévalence des troubles mentaux et du comportement ainsi que les niveaux de soins requis pour y répondre (entraide sociale, santé communautaire, structures institutionnelles et hospitalières).

Le *calibrage des pratiques et instruments* permettant de répondre aux besoins se fonde sur les ressources disponibles, la définition des prestations nécessaires, une conceptualisation des modes de prise en charge et enfin le choix des indicateurs capables de rendre compte avec pertinence de l'activité engagée. L'ensemble de ce processus devrait finalement permettre d'apprécier les ressources financières et humaines nécessaires tout en définissant le cadre et les modalités de leur gestion.

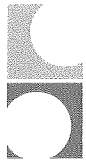
Les *instruments et processus d'évaluation* sont indispensa-

bles tant à l'analyse des besoins qu'à celle des ressources institutionnelles et économiques mobilisées pour y répondre. En l'état, le choix de ces instruments et processus représente un véritable défi méthodologique, économique et politique puisque la psychiatrie est la seule spécialité à devoir s'engager dans une démarche de planification globale (hospitalière, extrahospitalière, de santé mentale).

### ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Pour mieux comprendre l'organisation des réseaux de soins psychiatriques romands, il faut revenir sur leur évolution résumée en trois étapes majeures de développement :

- la fin de la période asilaire (1950-1960) est marquée par une réduction continue des lits et de la durée d'hospitalisation psychiatrique. L'hôpital psychiatrique se mue progressivement en clinique ouverte disposant de moyens thérapeutiques de plus en plus efficaces et spécialisés.
  - Le développement d'une psychiatrie sectorisée (1960-1990) conduit à la régionalisation et au développement important de structures extrahospitalières. Le secteur psychiatrique est conçu comme un dispositif de proximité assez complet et diversifié pour une population de 100 000 à 200 000 habitants et s'intégrant dans un réseau socio-sanitaire régional.
  - Au cours de la période écoulée (1990-2008), des unités se spécialisent suivant l'âge, les diagnostics, la psychopathologie et la position dans la chaîne de soins (urgence, investigation, soins hospitalo-ambulateurs aigus, réhabilitation, liaison et prévention), les statuts médico-légaux (PLAFA, médecine pénitentiaire, expertises).
  - On voit une hiérarchisation des réseaux de soins, et en particulier pour le canton de Vaud le développement de programmes cantonaux, inscrits dans le Plan de santé mentale, dédiés à des thèmes d'intérêt majeur, la désinstitutionnalisation, la déstigmatisation, le suicide, la violence, les jeunes et les personnes âgées.
  - Le principe d'une stricte sectorisation est ainsi modulé par la nécessité de hiérarchiser les réseaux en soins primaires (médecins généralistes, CMS, EMS, hôpitaux généraux, institutions socio-éducatives), secondaires (hôpitaux et consultations psychiatriques à desserte régionale, psychiatres installés) et tertiaires avec un fort accent mis sur la spécialisation, le développement académique et la recherche. Inversement à la spécialisation, un virage «communautaire», rencontrant les propositions de l'OMS en 2001, s'amorce à la fin des années 1990 avec des programmes «transversaux» de maintien dans la communauté et de facilitation des transitions entre les paliers de la prise en charge.
- Trois exemples illustrent ces programmes communautaires :
- le développement de centres ambulatoires spécialisés dans le traitement des toxicodépendances, incluant des médecins de rue ayant une mission de prévention, d'orientation et de soins primaires dans le milieu.
  - Le développement de services et de programmes de liaison en hôpital général, en milieu socio-éducatif, médico-social, ou institutions en charge du handicap mental. Quel que soit le terrain, cette activité joue un rôle essentiel



de prévention, de détection, de traitement, en amont des services psychiatriques spécialisés, de patients avec un trouble psychique associé à d'autres problèmes, social, de handicap ou somatique. Il s'y associe également une activité de formation et de supervision pour les professionnels.

- Le développement de petites équipes «mobiles» pluridisciplinaires d'intervention dans la communauté destinées à des patients résistant aux institutions et présentant une pathologie sévère. Ces unités ont une vocation «d'accrochage» thérapeutique là où réside le patient, de facilitation d'accès et d'orientation dans le réseau de soins.

Chacune de ces périodes marque un processus historique qui résulte de multiples facteurs liés à l'évolution des connaissances et des pratiques médicales, au développement de nouveaux moyens thérapeutiques et de nouvelles exigences de santé, mais aussi à la construction sociale et politique des rôles, des missions et des attentes croissantes adressées à la psychiatrie.

## DÉTERMINANTS DE L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Etant donné la structure fédérale, la planification des soins psychiatriques dans les cantons suisses, et en particulier romands, n'a jamais pu se faire sur un mode centralisé. Les mécanismes à l'œuvre ont toujours été complexes, intégrant un grand nombre d'acteurs et de facteurs dont l'agencement et les poids relatifs ont varié suivant les moments.

Cinq facteurs importants ont conditionné ces grandes transitions dans l'organisation des soins psychiatriques :

- *L'évolution des besoins sanitaires, de la demande sociale et du cadre légal.* Entre les données épidémiologiques et la décision d'engager des moyens sanitaires s'insère un processus complexe impliquant des arbitrages multiples et souvent divergents fondés sur des logiques parfois très éloignées du champ sanitaire lui-même. Les troubles psychiques sont désormais mieux identifiés et font l'objet d'une attention particulière de la population et des autorités, souvent stimulées par les associations de patients et par l'actualité médiatique. En plus de ce qu'elle développe en lien avec tous les aspects de la médecine somatique et de la biologie, la psychiatrie est ainsi appelée à s'investir dans de multiples questions de société, au risque de perdre une certaine cohérence dans ses orientations fondamentales et l'attribution de ses ressources en période de forte restriction budgétaire.
- Un facteur de transformation puissant de l'organisation est l'évolution du *droit des patients*. La nécessité d'informer et d'obtenir le consentement éclairé s'impose non seulement comme une obligation légale et un devoir éthique, mais aussi comme une condition essentielle à l'alliance thérapeutique. Les divisions fermées des hôpitaux psychiatriques s'ouvrent et les durées de séjour diminuent massivement; non sans créer parfois des tensions avec l'environnement jugeant les sorties hospitalières trop précoces ou mal préparées. Les «soins psychiatriques intensifs» se développent dans des espaces dédiés pour les situations cliniques aiguës.
- *L'évolution des connaissances et des moyens thérapeutiques.* La

recherche clinique et l'accroissement des exigences de formation ont largement contribué au développement d'une psychiatrie diversifiée et répondant aux besoins de la population avec des prestations de grande qualité. Les secteurs psychiatriques universitaires jouent un rôle pilote en la matière en développant des pôles d'excellence et en assurant une relève académique performante.

- *L'évolution des réseaux de soins:* par nécessité le développement de la psychiatrie a souvent anticipé l'évolution générale des réseaux de soins avec un fort développement de son secteur extrahospitalier comme les policliniques, les hôpitaux de jour, les structures intermédiaires de réadaptation et maintenant les équipes mobiles. La psychiatrie centrée sur l'hôpital se transforme ainsi en élément d'un réseau articulé avec un vaste champ socio-sanitaire. Deux des enjeux majeurs de la planification restent la coordination optimale entre ces niveaux afin d'assurer des soins au niveau le plus approprié pour le malade et le plus proche de son milieu naturel.

Souvent en partenariat avec la prévoyance sociale, les programmes de réhabilitation psychiatrique constituent un exemple de cette évolution. Les centres de jour et les ateliers socio-thérapeutiques deviennent des plateformes d'évaluation, de traitement et de suivi des patients souffrant d'un handicap psychique chronique. Ces programmes coopèrent avec des établissements médico-sociaux, des institutions socio-éducatives, les services sociaux, les réseaux d'entraide, tutelles, etc. Avec la cinquième révision de l'AI, ces structures opèrent un nouvel ajustement en développant des programmes de soutien à la reprise de l'emploi.

- *les modèles de financement* se complexifient. A l'horizon 2011, la reconduite annuelle de budgets historiques est appelée à disparaître ou à se réformer profondément. Au point de développement actuel de la psychiatrie publique, cette donnée aura des conséquences profondes sur l'organisation et le financement des prestations. On peut anticiper deux conséquences très pratiques sur le plan de la gestion financière :

- un sous-financement chronique lié à une mauvaise prise en compte des orientations et des options de développement de ces dernières décennies : orientations communautaires, prévention et liaison dans le milieu, coordination, soins de proximité avec des structures décentralisées. Le TARMEP tient très mal compte des missions communautaires de la psychiatrie publique.
- Effet corollaire, les changements de financement évoqués rendent la psychiatrie dépendante de sources multiples situées hors du champ défini par la LAMal. Les institutions psychiatriques se trouvent en prise avec une multitude de clients et de payeurs institutionnels potentiels (santé publique, éducation spécialisée, prévoyance sociale, système pénitentiaire, justice, etc.). Cette fragmentation soulève le risque de précarisation du financement qui dépend d'acteurs obéissant à des logiques divergentes souvent inspirées hors du champ sanitaire.

## CONCLUSION

Une étude récente fait des projections pour les 30 prochaines années «il faut s'attendre à une forte pression sur



l'offre en soins et la pratique médicale, particulièrement en médecine de base. C'est là qu'il faut orienter les nouveaux médecins.»<sup>6</sup> En l'occurrence, nous savons en effet que c'est en médecine de premier recours que converge la plupart des patients souffrant de troubles psychiques comblant les limites de capacité d'accueil des institutions psychiatriques. Dans cette perspective et pour peu qu'elle offre des prestations de qualité et économiques, la planification de la psychiatrie selon la LAMal doit tenir compte de cette réalité.<sup>4</sup>

L'intégration des services psychiatriques, basée sur la continuité des soins entre hospitalier et ambulatoire, est déjà à la base du fonctionnement des réseaux de soins sectorisés. Toutefois, cette volonté intégrative se heurte à la dichotomie du financement voulue par la LAMal. En effet, les soins hospitaliers sont financés par l'Etat et les assureurs, alors que les soins ambulatoires ne sont financés, en principe, que par les assureurs. Dès lors que la participation des payeurs dépend du lieu des soins et sans mécanismes régulateurs, il faut craindre des entraves majeures au développement des soins intégrés.

C'est ainsi qu'existe une ligne de fracture majeure entre les nouveaux modes de financement prévus et les orientations communautaires caractérisant la psychiatrie en Suisse romande. A l'heure actuelle, les principes directeurs de la LAMal se réfèrent exclusivement au monde hospitalier somatique. En l'absence d'instruments adaptés, la psychiatrie peine à valoriser ses activités qui sont pourtant ses priorités pour l'avenir.

Partant de ce constat, nous soutenons que les effets négatifs provoqués par la LAMal doivent être réglés par une planification hospitalo-ambulatoire fondée sur un finance-

ment intégré qui tienne compte de la diversité de l'offre de soins.

Pour ne pas perdre les nombreux acquis, il faudra défendre vigoureusement un financement comprenant une part liée aux prestations (selon la LAMal) et une autre à des contrats de prestation soutenus par l'ensemble des partenaires institutionnels (y compris les assureurs). Cela se fera dans le cadre d'une planification maîtrisée et arbitrée par les services de santé publique, fondée sur la concertation entre acteurs et une évaluation beaucoup plus performante qu'aujourd'hui.

La psychiatrie doit saisir l'opportunité de ces défis et échéances liés à la LAMal pour s'engager dans un processus de planification qui en fera un partenaire majeur et responsable dans les enjeux sanitaires défiant notre société pour le futur. ■

**Dr Eric Bonvin**  
Réseau santé Valais, Centre hospitalier du Chablais  
Département des Institutions psychiatriques  
du Valais romand  
Rte de Morgins 10, 1870 Monthey  
Eric.Bonvin@rsv-gnw.ch

**Luis Basterrechea**  
Département de psychiatrie, Bâtiment Les Cèdres  
Site de Cery  
CHUV, 1008 Prilly  
Luis.basterrechea@chuv.ch

**Pr Patrice Guex**  
Département de psychiatrie  
CHUV, 1011 Lausanne  
Patrice.Guex@chuv.ch

## Bibliographie

1 \* Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier).<sup>238</sup> Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) du 18 mars 1994 (Etat le 1<sup>er</sup> janvier 2009).

2 Krüger R. Application de l'article 39 LAMal: Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires. Travail de mémoire, novembre 1998. Rapporteur: Professeur Antoine Gualtierotti, Institut de Hautes études en administration publique – IDHEAP UER: Aide à la décision Discussion paper de l'IDHEAP n° 16/1998, p.11.

3 Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations. Rapport du Comité «Planification hospitalière liée aux prestations» à l'intention du Comité directeur de la CDS. Berne: CDS, 2005.

4 \* Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Guide «Planification de la psychiatrie». Rapport du groupe de travail «Planification hospitalière». Berne: CDS, 2008.

5 Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal). Modifications du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Teneur des modifications et commentaire. Confédération suisse.

Département fédéral de l'intérieur (DFI), Office fédéral de la santé publique (OFSP), Unité de direction Assurance maladie et accidents. Berne, 2009. Art. 58b.

6 Seematter-Bagnoud L, Junod J, Jaccard Ruedin H, et al. Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030. Document de travail 33. Juillet 2008. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel & Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne, 88.

\* à lire

\*\* à lire absolument