



# Processus intégratifs et gouvernance clinique dans la psychiatrie institutionnelle



Rev Med Suisse 2009; 5: 1822-5

C. Bonsack  
E. Bonvin  
P. Conus  
L. Holzer  
F. Pache  
C. Sahli  
P. Guex

## Integration processes and clinical governance in the psychiatric network

The Swiss Medical Insurance Act (LAMaL) requires the planning of psychiatric care. This necessitates a coordination between the Department of Public Health and the institutional governance. Given the difficulties to draw comparisons between a wide range of systems in a federal country, the Swiss Conference of the State Directors of Health (CDS) proposed as a first step that each canton present some of the key programs they had developed. In the canton Vaud, the implementation of mobile community treatment teams and of an early intervention program for psychosis was chosen. The main challenges faced were to go past traditional divides within the organisation of the Swiss Health system and to conciliate the requirements of public health with the needs of treating teams, in order to promote early intervention in mental health disorders.

La planification des soins psychiatriques exige une coordination entre la santé publique, la gouvernance institutionnelle, les résultats de la recherche, les attentes du réseau et l'expérience clinique. Les comparaisons nationales étant impossibles, les cantons s'appuient sur la présentation réciproque de programmes modèles. Pour le canton de Vaud, l'implantation des équipes mobiles et d'intervention précoce constitue un exemple: 1) évaluation des besoins dans le réseau; 2) développement de programmes spécifiques dans un cadre universitaire et 3) adaptation dans les autres régions du canton. Les défis auront été de dépasser les clivages traditionnels de l'organisation socio-sanitaire suisse et de concilier les exigences de santé publique avec les besoins du terrain afin de favoriser les interventions précoces dans les troubles mentaux.

## INTRODUCTION

Comme décrit dans le premier article de cette série, la LAMaL exige que le système hospitalier suisse soit planifié pour offrir à tous des prestations de soins hautement compétitives. Répondre à ces exigences nécessite d'évaluer d'abord les besoins de la population avant de coordonner puis de distribuer les ressources disponibles dont il faudra aussi monitorer l'utilisation.

Ces processus n'ont d'effet qu'inscrits dans la clinique et ses contraintes. Pour la psychiatrie, ce champ dépasse le seul domaine hospitalier retenu pour les autres disciplines médicales, puisqu'il inclut en outre les différentes formes d'interventions ambulatoires et communautaires.<sup>1</sup>

A cette enseigne, la psychiatrie illustre bien la complexité de planifier un système suisse hyperfragmenté dans ses organisations et ses instruments de gestion. En plus des soins, il découpe en effet la population par âges, les structures étatiques en affaires sanitaires et sociales souvent cloisonnées et les assurances en segments spécialisés. La démultiplication des instruments de gestion voulus par la LAMaL amplifie cette fragmentation surtout en *psychiatrie* puisque la plupart d'entre eux n'y sont pas adaptés.<sup>2</sup> Pour celle-là, en Suisse en général, cette problématique n'est pas étrangère à l'augmentation significative des réadmissions en milieu hospitalier<sup>3</sup> et à une encore trop faible intégration sociale des patients psychiatriques.<sup>4</sup> Ceci contribue assurément à l'augmentation des coûts indirects liés aux pathologies mentales.<sup>5</sup>

Alors qu'une politique de planification peut s'appuyer sur des étapes prédéfinies, sa mise en œuvre doit être proportionnée et adaptée aux spécificités de chaque structure de soins.

Il s'agit, en d'autres termes, de transposer au niveau des services cliniques les objectifs et instruments de planification et de permettre l'appropriation, mais aussi le développement de projets par les équipes elles-mêmes avec un leadership et un pilotage du projet rigoureux. Pour tenter de mieux maîtriser le morcellement et les dysfonctionnements évoqués plus haut, les acteurs de terrain doivent développer de nouvelles compétences pour améliorer les transitions et les articulations entre les éléments disparates du dispositif de soins, tout en



produisant des référentiels et des normes acceptables et applicables tant d'un point de vue clinique qu'économique. C'est l'un des principaux enjeux de la gouvernance clinique.

A deux niveaux différents, celui des compétences psychiatriques et celui des instruments de gestion de l'activité clinique, le Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP-CHUV) et les Institutions psychiatriques du Valais romand-Réseau santé Valais (IPVR-RSV) nous proposent un éclairage sur les processus d'intégration actuellement développés par les acteurs de terrain. Le DP-CHUV explore la dynamique *d'intégration de ressources et des compétences* (unités mobiles) adaptées aux trajectoires des patients. Les IPVR-RSV explorent un *mode intégré de gestion et de gouvernance des prestations d'activité psychiatrique* fournies en réponse aux besoins de la population et de la planification sanitaire d'un canton.

Dans le développement des équipes mobiles et d'intervention précoce pour les adolescents et adultes du canton de Vaud, les résultats de la littérature ont été couplés à une évaluation des besoins du réseau. Ce développement s'est déroulé en trois phases :

1. identification des besoins du réseau et des priorités en regard de la littérature.
2. Développement de modèles spécifiques dans un cadre universitaire.
3. Adaptation et implantation dans les régions à la faveur du plan de santé mentale cantonal.

Il devra se poursuivre avec une évaluation des effets sur la santé de la population concernée.

## IDENTIFICATION DES BESOINS DU RÉSEAU ET DES PRIORITÉS EN REGARD DE LA LITTÉRATURE

Le développement des équipes mobiles et d'intervention précoce a trois origines principales : 1) la plupart des troubles psychiatriques commencent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte ; 2) la phase initiale des troubles est souvent méconnue et mal traitée avec des conséquences graves pour l'évolution à long terme et 3) la transformation des structures hospitalières révèle des besoins accrus en psychiatrie communautaire.

Dans la plupart des études épidémiologiques, environ la moitié des troubles mentaux débute vers quinze ans et les trois quarts vers 25 ans.<sup>6</sup> On estime en particulier, que 80% des troubles psychotiques débutent avant l'âge de 25 ans. Sans intervention spécifique, il existe un délai de psychose non traitée (DUP) d'un à deux ans entre le début des troubles et le premier traitement adéquat. Or, c'est durant cette phase critique que les personnes souffrent d'une désinsertion socio-affective et professionnelle progressive, se marginalisent et aggravent leur risque suicidaire ou de consommation de substances.<sup>7</sup>

Le mouvement de désinstitutionalisation amorcé dans les années soixante en psychiatrie s'est accéléré depuis dix ans pour des raisons éthiques, cliniques et économiques. Sur le plan éthique, on observe une forte individualisation de la société, avec une valorisation importante des notions d'autonomie et de capacitation. Ces valeurs privi-

légiant les libertés individuelles butent souvent sur les attentes collectives d'un contrôle social renforcé. Les traitements dans la communauté sont préférés par les patients et leurs proches, mais ils accroissent la charge des familles. Enfin sur le plan économique, bien qu'aussi coûteux que les hospitalisations, ils offrent l'avantage d'une réponse calibrée à la problématique de chacun. Une meilleure documentation de leur évolution naturelle et l'amélioration des moyens thérapeutiques ont clairement favorisé le rétablissement des troubles psychiatriques sévères. Sur le plan clinique, l'efficacité des traitements dans la communauté, tout comme celle des programmes d'intervention précoce<sup>8</sup> et d'équipes mobiles,<sup>9</sup> a été bien démontrée par des études contrôlées.

Sur le plan local, deux études de besoins ont permis d'engager un partenariat avec les acteurs du réseau : 1) une étude qualitative d'inventaire de leurs attentes<sup>10</sup> et 2) une étude quantitative mesurant l'insertion dans les soins ambulatoires après une première hospitalisation pour psychose.<sup>11</sup>

La première, une recherche-action soutenue par le réseau de la région lausannoise (ARCOS), a mis en évidence différents points de vue des acteurs sur la coopération, les moyens mis en œuvre et les conflits de valeurs entre contrainte et autonomie rencontrés dans le maintien à domicile des patients souffrant de trouble psychiatrique sévère. Elle a montré une préoccupation commune pour les problèmes des personnes qui sont en rupture de lien ou anosognosiques. Le mouvement de désinstitutionalisation élève le risque de marginalisation des personnes qui n'arrivent pas à se motiver activement pour être suivies ; c'est une nouvelle catégorie de patients chroniques dénommés patients du refus ou jeunes hauts utilisateurs.<sup>12</sup> Certains ne se sentent pas malades et refusent des soins, d'autres sont trop désorganisés pour maintenir cette continuité ; d'autres encore sont perdus dans la complexité des niveaux d'interventions. Ces personnes évoluent alors de crise en crise et font des hospitalisations répétées. Cela surcharge le réseau de soins et l'encourage à soutenir le développement d'équipes de psychiatrie mobile.<sup>11</sup>

La deuxième étude montrait que, sans programme spécifique avec un engagement proactif dans la communauté, la moitié des personnes ne parvient pas à s'engager dans les soins ambulatoires après une première hospitalisation pour psychose.<sup>11</sup>

## DÉVELOPPEMENT DE MODÈLES SPÉCIFIQUES DANS UN CADRE UNIVERSITAIRE

Face à ces besoins, l'environnement universitaire a soutenu des expériences pilotes. Depuis 2000, quatre projets de psychiatrie mobile et d'intervention précoce ont ainsi vu le jour dans le Secteur psychiatrique centre du DP-CHUV.

### Suivis intensifs dans le milieu (SIM)

Depuis 2000, une équipe de suivis intensifs dans le milieu a été développée pour faciliter l'accès des patients désinsérés aux soins psychiatriques et de stabiliser le suivi des hauts utilisateurs. Le principe est d'aller à la rencon-



tre des personnes difficilement accessibles, jusqu'à deux fois par jour, pour leur faire accéder à des soins spécialisés. L'évaluation de ces interventions a montré que le potentiel de rétablissement de ces patients restait élevé, et que leurs proches, rassurés par la psychiatrie mobile, retrouvaient l'énergie pour aider le malade.<sup>13,14</sup> Le succès de ce dispositif, soutenu par le plan stratégique du CHUV 2004-2008, en a fait un élément important du dispositif de soins du Secteur centre.

### **Antenne d'intervention dans le milieu pour adolescent (AIMA)**

Depuis 2005, un dispositif similaire a été développé en pédopsychiatrie.<sup>15</sup> L'intervention est souvent plus brève qu'en psychiatrie adulte, car elle s'inscrit le plus souvent dans un réseau encore constitué par les parents et l'environnement scolaire.<sup>16</sup>

### **Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques (Programme TIPP)**

Depuis 2004 sur la base d'une redistribution des ressources de la filière spécialisée pour les psychoses (section E. Minkowski), un programme de traitement de la psychose émergente a été implanté dans le Secteur centre.<sup>17</sup> Le but est de ramener à quelques semaines la durée de psychose non traitée durant la période critique du début d'un premier épisode et de proposer ensuite trois ans de suivi coordonné aux patients âgés de 18 à 35 ans. Le programme a un pôle ambulatoire (programme de *case management*), un pôle hospitalier (Unité Azur) et un pôle de soins dans le milieu décrit plus haut (SIM).

### **Case management de transition (CMT)**

L'évaluation des besoins du réseau a aussi mis en évidence la phase critique suivant la sortie de l'hôpital et les difficultés de transition entre hospitalisation et suivi ambulatoire. La sortie de l'hôpital constitue une période de crise pour les patients, avec un risque élevé de rechute, de réadmission précoce, et avec une potentialité de suicide multipliée par cent dans la semaine qui suit la sortie.<sup>18</sup> Un dispositif mobile de suivi de transition à la sortie de l'hôpital a été élaboré. Une phase pilote a mis en évidence toute une population de patients retournant à domicile sans suivi spécialisé, car ils avaient été considérés comme «faciles» à l'hôpital, mais s'avéraient «très difficiles» à suivre ambulatoirement.<sup>19</sup> Après une phase expérimentale randomisée, financée par le Fonds national de la recherche scientifique (FNRS), le projet est en phase d'implantation dans les diverses unités hospitalières du Secteur centre.

Cette expérience acquise a mis en évidence le caractère complémentaire de ces dispositifs. Ainsi, le programme d'intervention précoce (TIPP) a besoin des compétences des équipes mobiles de l'adulte (SIM) ou de l'adolescent (AIMA) pour faciliter l'engagement initial des patients. Réciproquement, ces soins dans le milieu doivent pouvoir référer les patients investis à des services qui offrent des soins spécialisés de plus longue durée. Ces différentes études d'implantation ne peuvent se faire sans un leadership

clinique et des structures de projets forts, seul levier pour garantir des changements durables dans la qualité des soins et des services.

## **ADAPTATION ET IMPLANTATION DANS LES RÉGIONS À LA FAVEUR DU PLAN DE SANTÉ MENTALE CANTONAL**

Le plan de santé mentale du canton de Vaud (Politique de santé mentale, plan d'action 2007-2012, santé publique Vaud 2008), dans le cadre du programme prioritaire N° 1 «Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination», action 4 «Développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires psychiatriques», a pu s'appuyer sur les expériences précitées pour financer, adapter et étendre ces modèles à l'échelle du canton. L'efficacité clinique, basée sur la formation et le développement des professionnels, et l'évaluation continue des résultats par la recherche clinique, dont l'une financée par le FNRS, peuvent ainsi être soutenues et relayées par des choix politiques (priorités du Département de la santé et de l'action sociale) et des orientations de santé publique.

Malgré leur coût relativement élevé, souffrant d'un financement insuffisant dans les conditions actuelles de la LAMal, les équipes mobiles répondent à des besoins évidents de coordination et transitions dans les réseaux, aux attentes des familles et à celles des nombreuses associations de patients (Collectif, 2008).

Le défi actuel représenté par l'élargissement aux régions sera de répondre aux mêmes besoins des adolescents et jeunes adultes avec une seule équipe mobile assurant tout le dispositif par secteur (plan stratégique CHUV 2009-2012).

Par cet article, nous avons voulu montrer comment pouvait se concevoir l'espace dégagé entre un projet de planification en santé mentale, conçu à un niveau administratif apparemment très éloigné des soins, énonçant des directives et les dispositifs cliniques développés par les institutions. Ces directives doivent aider à la conduite de terrain qui assurera leur mise en œuvre, leur évaluation, leur pérennisation et le développement de la qualité.

La charnière entre la planification et sa mise en œuvre peut être définie par la notion de *gouvernance clinique* qui se comprend comme le *processus permanent d'intégration, d'évaluation, d'ajustement et de développement de la qualité de l'ensemble des instruments de la planification* (analyse des besoins, instruments et mode de prise en charge, outils de gestion) *visant la réponse aux besoins de la population*. Développé depuis une décennie au Royaume-Uni, le concept de gouvernance clinique (*clinical governance*) a pour but de rehausser l'obligation de rendre compte des établissements de santé en regard de leur performance et de la qualité des prestations. Il suppose l'instauration d'une synergie entre chacun des éléments du système sanitaire et de ses instruments de gestion et l'enjeu principal réside dans la coordination de l'ensemble des composantes. Il vise à articuler, intégrer et coordonner les différents méta-processus d'amélioration continue de la qualité de l'activité clinique, à savoir:

- la formation et le développement professionnel.
- La recherche et le développement.



- L'efficacité clinique.
- La transparence des soins.
- La gestion des risques et des incidents.
- La gestion des informations liées au patient et aux prestations.
- L'assurance de la qualité (audit clinique).

Dans la perspective de la *gouvernance clinique*, la qualité des prestations cliniques est une responsabilité conjointe des organisations sanitaires et des professionnels. Son implantation associe et confronte les gestionnaires et les cliniciens à l'ouverture, la collaboration et au changement. L'exemple du développement des équipes mobiles et d'intervention précoce dans le canton de Vaud montre que cela ne peut se réaliser que par un dialogue permanent entre les attentes du réseau, les expériences de terrain, les exigences de santé publique, la gestion institutionnelle et l'avancement des connaissances scientifiques. ■

## Adresses

**Dr Charles Bonsack**  
**Pr Patrice Guex**  
Service de psychiatrie communautaire  
**Dr Philippe Conus**  
Service de psychiatrie générale – Section E. Minkowski  
Département de psychiatrie  
Site de Cery  
CHUV, 1008 Prilly  
Charles.Bonsack@chuv.ch  
Philippe.Conus@chuv.ch  
Patrice.Guex@chuv.ch

**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

**Dr Laurent Holzer**  
Centre thérapeutique de jour pour adolescents  
CTJA – SUPEA  
Département de psychiatrie  
CHUV, Av. de Beaumont 48, 1012 Lausanne  
Laurent.Holzer@chuv.ch

**Dr François Pache**  
Centre psychiatrique du Nord vaudois  
Av. des Sports 12B, 1400 Yverdon-les-Bains  
François.Pache@chuv.ch

**Dr Christophe Sahli**  
Hôpital de Prangins, 1197 Prangins  
Christophe.Sahli@hospsvd.ch

## Bibliographie

- 1 \* Guide «Planification de la psychiatrie». Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Berne: CDS, 2008.
- 2 Rapport 2008 de l'Association latine d'analyse des systèmes de santé (ALASS).
- 3 Observatoire suisse de la santé. Nettement plus de réadmissions en psychiatrie. Communiqué de presse du 14 novembre 2008 sur [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)
- 4 Legrand-Germanier V, Martignoni Y, Rossini S. Invalité psychique. Réflexions en cours et réformes législatives. Rapport à l'intention de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales CRASS, Consulting et recherche en politique sociale. Haute-Nendaz: CONSOC, 2004.
- 5 \* Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N. Intégration des soins: concepts et mise en œuvre. Département d'administration de la santé. Université de Montréal. Document accessible par: [www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/intgrsoin.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/intgrsoin.pdf)
- 6 Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, et al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359-64.
- 7 Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172:53-9.
- 8 Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for psychosis (Systematic Review). *Cochrane Database Syst Rev* (4),2007.
- 9 Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* (Vol. 3). Oxford: Update Software, 2002.
- 10 Bonsack C, Schaffter M, Singy P, et al. Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération. Le point de vue des acteurs d'un réseau de soins (N° 6). Lausanne: ARCOS – Association «Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise», 2003.
- 11 \*\* Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *Encephale* 2006;32:679-85.
- 12 Geller JL, Fisher WH, McDermeit M, et al. The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services. *Psychiatr Serv* 1998;49:327-32.
- 13 \*\* Bonsack C, Adam L, Haefliger T, et al. Difficult-to-engage patients: A specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting. *Can J Psychiatry* 2005;50:845-50.
- 14 Bonsack C, Haefliger T, Cordier S, et al. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:225-9.
- 15 \* Holzer L, Beutler H, Baier V, et al. Divergences et convergences de l'approche des psychoses à l'adolescence et à l'âge adulte. Paper presented at the 7<sup>e</sup> congrès international de l'ISAPP, Montréal, 2007.
- 16 \*\* Bonsack C, Holzer L, Stancu I, et al. Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie: l'expérience lausannoise. *Rev Med Suisse* 2008;4:1960-2, 1964-6, 1968-9.
- 17 \* Conus P, Bonsack C, Bovet P, et al. Intervention précoce dans les troubles psychotiques: quel rôle pour les praticiens de premier recours? *Rev Med Suisse* 2005;1:2149-50, 2152-3.
- 18 Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:427-32.
- 19 Bonsack C, Gibellini S, Ferrari P, et al. Le case management de transition: description d'une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, in press.

\* à lire  
\*\* à lire absolument