

*Novembre 2008*

# Politique de santé mentale

## Plan d'actions 2007 - 2012



## TABLE DES MATIERES

---

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>1.1 DEFINITION ET PERIMETRE</b>	<b>7</b>
<b>1.2 IMPORTANCE DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE</b>	<b>7</b>
<b>1.3 OFFRE ACTUELLE</b>	<b>8</b>
<b>2. POLITIQUE EN SANTE MENTALE</b>	<b>11</b>
<b>2.1 BUT GENERAL</b>	<b>11</b>
<b>2.2 PILOTAGE</b>	<b>12</b>
<b>2.3 PROGRAMMES PRIORITAIRES</b>	<b>12</b>
<b>2.3.1 RENFORCEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LIAISON ET DE LA COORDINATION</b>	<b>13</b>
Objectifs de santé publique	13
Action 1 : Formation des professionnel-le-s de première ligne	13
Action 2 : Mise sur pied d'une liaison pluridisciplinaire avec les EMS et CMS	14
Action 3 : Développement de la psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux somatiques	14
Action 4 : Développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires psychiatriques	14
<b>2.3.2 LUTTE CONTRE LES CONDUITES SUICIDAIRES</b>	<b>15</b>
Objectifs de santé publique	16
Action 1 : Suivi du traitement de l'information sur le suicide dans les médias	16
Action 2 : Formation des professionnel-le-s de première ligne	16
Action 3 : Prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider	17
Action 4 : Orientation téléphonique des urgences psychiatriques	17
<b>2.3.3 AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE VIOLENCE</b>	<b>18</b>
Objectifs de santé publique	18
Action 1 : Création d'une équipe ressource spécialisée	18
Action 2 : Mise sur pied de formations adaptées et cohérentes	19
Action 3 : Renforcement des structures d'accueil pour patient-e-s sous mandat pénal ou civil	19
Action 4 : Recherche et suivi épidémiologique en psychiatrie légale	20
<b>2.3.4 AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE PÉDOPSYCHIATRIQUE</b>	<b>20</b>
Objectifs de santé publique	20
Action 1 : Augmentation des lits de pédopsychiatrie en pédiatrie	20
Action 2 : Renforcement des structures de prise en charge des troubles envahissants du développement	21

Action 3 : Renforcement des moyens de lutte contre les conduites suicidaires	21
Action 4 : Développement d'un pôle de pédopsychiatrie au sein de l'Institut de Psychiatrie Légale	21
Autres projets	22
<b>2.3.5 HANDICAP MENTAL ET PSYCHIATRIE</b>	<b>22</b>
Objectifs de santé publique	22
Action 1 : Information large du réseau spécialisé et non spécialisé	22
Action 2 : Formation interdisciplinaire des intervenant-e-s et création d'un référentiel commun	23
Action 3 : Dispositif de collaboration entre la psychiatrie et les institutions du handicap mental (DCPHM)	23
Action 4 : Création d'une Unité psychiatrique de crise pour le handicap mental (UPCHM)	23
Action 5 : Création d'une structure d'accueil pour personnes handicapées mentales avec troubles importants du comportement	23
<b>3. SYNTHÈSE</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE : AUTRES PROJETS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE</b>	<b>26</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>27</b>

## **Avant-propos**

Les troubles psychiques représentent un enjeu majeur en terme de santé publique. On estime que près d'une Suissesse et d'un Suisse sur deux souffrent, durant leur vie, de troubles psychiques nécessitant un traitement.

La santé mentale fait l'objet d'une attention croissante des pouvoirs publics. Au niveau national, un projet pour une « stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population suisse » a été élaboré en 2004. Récemment, le Département fédéral de l'intérieur a ouvert une procédure de consultation en vue d'une loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé qui vise à régler, notamment, la prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques.

Dans le canton de Vaud, l'offre en soins et les ressources consacrées à la psychiatrie ont augmenté pendant les dernières décennies. La croissance ne s'observe pas uniquement du côté de l'offre. La demande de prestations relevant de la psychiatrie s'est aussi considérablement accrue. L'évolution des modalités de prise en charge a favorisé la diversification des programmes et des structures avec, comme corollaire, la nécessité de développer la coordination.

Le plan de santé mentale vaudois est le fruit de la volonté et de la collaboration entre le Service de la santé publique, le CHUV et la Fondation de Nant. Il s'articule autour de cinq axes prioritaires :

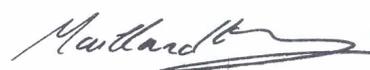
- 1) *Le renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination*
- 2) *La lutte contre les conduites suicidaires*
- 3) *L'amélioration de la prise en charge des situations de violence*
- 4) *L'amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique*
- 5) *L'amélioration des soins psychiques aux personnes souffrant d'un handicap mental*

Le déploiement du plan de santé mentale fait partie des priorités du Département de la santé et de l'action sociale. Il est inscrit dans le programme de législature 2007-2012 du Conseil d'Etat, ainsi que dans le rapport sur la politique sanitaire 2008-2012. La présente brochure, destinée aux professionnel-le-s de la santé, contient une synthèse du cadre de référence de la politique de santé mentale du canton de Vaud et les informations principales sur les programmes prioritaires retenus et les actions qui en découlent.

La mise en œuvre des actions prioritaires retenues se fera de manière progressive, en fonction des moyens à disposition et avec la collaboration de nombreux partenaires, notamment : institutions psychiatriques, réseaux de soins, médecins de premiers recours, secteurs socio-éducatifs, écoles et associations de patients. Pour évaluer son implantation, des indicateurs seront définis et suivis au cours de la période considérée.

Je saisis cette occasion pour remercier toutes les personnes qui, par leur engagement et leur travail, ont contribué à l'élaboration du plan de santé mentale. Je remercie également les membres des groupes de travail et les personnes qui vont être associées aux travaux de mise en œuvre.

Pierre-Yves Maillard



*Chef du Département de la  
santé et de l'action sociale*



# 1. INTRODUCTION

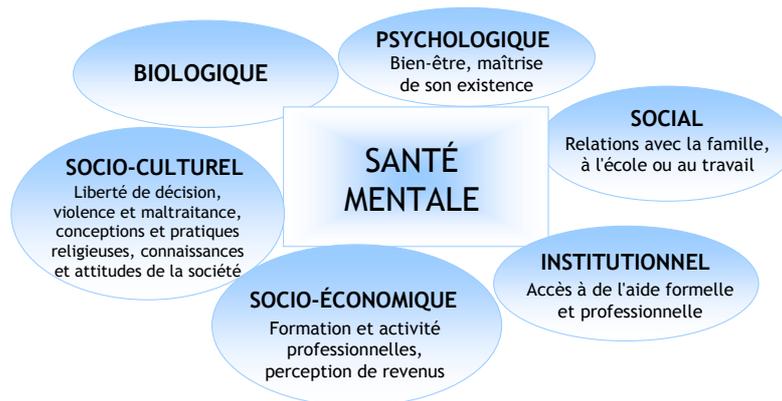
---

## 1.1 Définition et périmètre

---

La **santé mentale** peut être définie comme le résultat de l'interaction de facteurs complexes de trois ordres : les facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, les facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et les facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs évoluent et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est donc influencée par de multiples conditions interdépendantes comme, par exemple, les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.

### Déterminants des troubles psychiques



Source : Politique nationale suisse de la santé. 2004

Si la santé mentale a des valeurs spécifiques, telles que le respect de l'autre, l'approche relationnelle du soin, la sécurité, les valeurs générales du système de santé suisse, comme l'accessibilité, la proximité et la qualité des soins restent déterminantes.

Le **périmètre** de la santé mentale est très vaste. Les acteurs qui interviennent ne relèvent pas exclusivement du domaine sanitaire, mais aussi du domaine social, de l'éducation, de la justice, de la police et concernent de multiples politiques publiques. Il faut souligner également le rôle primordial joué par de nombreuses associations de patient-e-s actives dans la communauté. Par ailleurs, le champ d'intervention requiert la prise en compte de la promotion de la santé et de la prévention, de la réhabilitation/réinsertion et ne se limite donc pas au seul traitement spécialisé.

## 1.2 Importance des problèmes de santé mentale

---

### a) Enfants et adolescent-e-s

En Suisse, la fréquence des troubles mentaux affectant les enfants et les adolescent-e-s se situe entre 20% et 25% (Specht, 1992). Il s'agit plus précisément de **troubles du développement, du comportement, de l'humeur ou de problèmes de dépendance**. Ces troubles peuvent être provoqués par des carences affectives précoces renforcées par des problèmes socio-économiques, par des difficultés rencontrées à l'école ou par des relations difficiles avec l'environnement (les parents, les jeunes du même âge). D'après l'étude longitudinale de Zurich sur la psychologie et psychopathologie du développement, 13% des 567 adolescent-e-s de 11 à 16 ans interrogé-e-s étaient atteint-e-s de **dépression grave**. Les **troubles du comportement alimentaire** et les **conduites suicidaires** sont également importants dans cette classe d'âge.

## b) Adultes

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>1</sup>, plus d'une personne sur quatre souffre d'un trouble mental grave durant sa vie (prévalence vie entière), et environ une sur dix est atteinte d'une maladie mentale à un moment donné (prévalence ponctuelle). Pour les pays européens<sup>2</sup>, malgré de fortes disparités et des lacunes dans les données, les études disponibles permettent de constater que la prévalence moyenne des troubles mentaux est légèrement inférieure à 12% sur les 12 mois précédant les enquêtes, et plus précisément que :

- la prévalence moyenne concernant les troubles mentaux **sérieux** est légèrement inférieure à 2% ;
- la prévalence moyenne concernant les troubles mentaux **modérés** se situe entre 3,5% et 4% ;
- la prévalence moyenne concernant les troubles mentaux **légers** est d'environ 6,5%.

Dans l'ordre de fréquence de ces maladies, l'on trouve tout d'abord **les troubles anxieux et la dépression**. Les problèmes graves de santé psychique (schizophrénie, retard mental,..) ne concernent qu'un faible pourcentage de la population.

### Prévalences des principaux troubles mentaux dans la population adulte (20 à 65 ans)

Troubles anxieux (phobiques, post traumatiques, etc....)	15% de la population
Dépression	5% à 10% de la population concernée par les études
Schizophrénie	0,25% à 0,53% de la population
Retard mental	1% à 3% de la population

*Source : Public Health Approach on Mental Health in Europe. 2000.*

## c) Personnes âgées

Le grand âge se traduit par une prévalence importante (25%) de troubles psychiatriques (y compris la dépression) et de troubles démentiels.

D'après le rapport « Monitoring de la santé psychique en Suisse » (2003), **le suicide** devient très important chez les hommes âgés. Le taux passe d'environ 40 cas pour 100'000 habitants à 70 ans à environ 85 cas à plus de 75 ans. Concernant les femmes, le taux de suicide pour 100'000 habitants augmente également avec l'âge, mais dans une moindre mesure.

### 1.3 Offre actuelle

Sur la période 1984-2006, la population du canton a augmenté d'environ 130'000 habitants<sup>3</sup>. Les soins ambulatoires, la réadaptation et la prise en charge dans la communauté se sont développés de manière importante avec, en corollaire, un mouvement très significatif de « déshospitalisation ». Alors que le nombre de lits d'hospitalisation pour 1'000 habitants vaudois était de 1,7 en 1980, il n'est plus que de 0,7 en 2006. Cette évolution dans les modes de prise en charge est constatée dans de nombreux pays ; elle figure d'ailleurs parmi les recommandations faites par l'OMS dans son rapport sur la santé mentale dans le monde en 2001.

L'offre existante comporte des prestations bien diversifiées, avec des consultations ambulatoires, aussi bien que des possibilités d'hospitalisation et de réhabilitation. Les EMS psychiatriques et psychogériatriques, ainsi que les institutions socio-thérapeutiques ou spécialisées dans la prise en charge des dépendances, complètent ce dispositif. Le niveau des ressources consacrées à la psychiatrie est comparable à celui de pays bien dotés en la matière.

<sup>1</sup> Rapport sur la santé dans le monde. OMS. 2001.

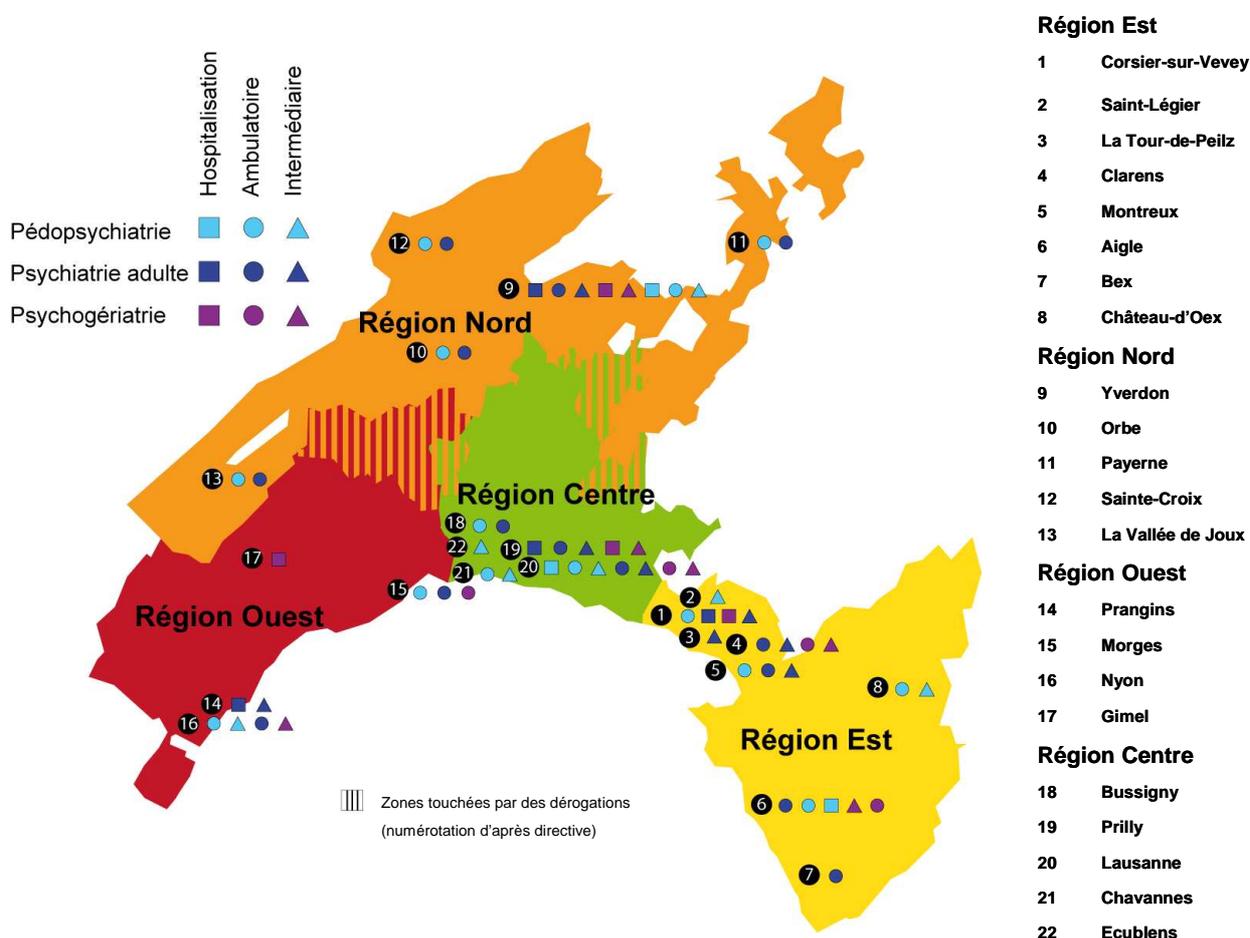
<sup>2</sup> Public Health approach on Mental Health in Europe. Stakes and Ministry of social Affairs and Health. 2000.

<sup>3</sup> Indicateurs démographiques. Population résidente 1981-2006. Vaud. Service cantonal de recherche et d'informations statistiques (SCRIS).

## a) Organisation des soins

Le principe d'une organisation par région (régions Centre, Est, Ouest, Nord) a été confirmé. Il a favorisé jusqu'à ce jour la consolidation d'une offre de soins variée, décentralisée et de proximité. Il apparaît néanmoins nécessaire, d'une part, de pallier certaines lacunes de l'offre régionale et, d'autre part, de centraliser au niveau cantonal d'autres dispositifs spécifiques, de manière à concentrer les compétences et les ressources. Les flux de patient-e-s entre régions sont par ailleurs importants et doivent être pris en considération en matière d'organisation des soins comme d'allocation des ressources, tout comme les perspectives démographiques pour le canton (+100'000 habitants environ entre 2006 et 2020<sup>4</sup>) et le nouveau découpage géographique des réseaux de soins, tel que défini par la directive du 25 février 2008. Rappelons qu'en vertu de l'article 20 de la loi sur la santé publique du 29 mai 1985, le libre choix du professionnel de la santé et de l'établissement sanitaire est garanti<sup>5</sup>.

### Découpage géographique des réseaux de soins<sup>6</sup>



<sup>4</sup> Perspectives démographiques. SCRIS.

<sup>5</sup> Loi sur la santé publique "Art. 20 Libre choix du professionnel de la santé et de l'établissement sanitaire :

1. Si son état nécessite des soins ambulatoires, et dans la mesure où il est en état de se déterminer, le patient a le libre choix d'un professionnel de la santé, pour autant que celui-ci soit disponible et estime pouvoir lui prodiguer utilement des soins.
2. Chaque patient a le droit, si son état le justifie, d'être accueilli dans un établissement sanitaire d'intérêt public de son choix, pour autant que l'équipement et la capacité d'accueil de cet établissement permettent de fournir les prestations nécessaires."

<sup>6</sup> La carte illustre le découpage des réseaux, tel que défini par la directive du 25 février 2008, c'est-à-dire, y compris les zones de dérogations prévues pendant la période transitoire 2008-2012.

## **b) Organisation institutionnelle**

### ***Département de psychiatrie du CHUV***

La Direction générale du CHUV a décidé de regrouper les secteurs psychiatriques Nord, Ouest et Centre au sein d'un même Département de psychiatrie (DP-CHUV), dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

L'objectif global est d'établir une gouvernance commune et une meilleure organisation des soins psychiatriques. Parmi les autres objectifs visés, l'on mentionnera la volonté :

- de maintenir et renforcer une psychiatrie de proximité ;
- d'optimiser la prise en charge des patient-e-s ;
- de renforcer les partenariats institutionnels (EMS, CMS, hôpitaux généraux, ...) et avec les services de l'Etat concernés ;
- d'adapter le financement des services psychiatriques en fonction des nouvelles règles ;
- de maintenir et développer une formation et une recherche dynamique.

Le DP-CHUV regroupe ainsi plus de 80% des ressources allouées aux services de soins aigus psychiatriques du canton. Il a pour mission principale la prise en charge globale et multidisciplinaire de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques. Il entend également maintenir et développer sa mission de formation et de recherche, à l'échelle romande et nationale.

### ***La Fondation de Nant***

La Région Est est desservie par la Fondation de Nant. A partir de son offre en soins psychiatriques dans un contexte régional, la Fondation veut se développer en un centre de compétences et de référence en matière de santé mentale. Dans ce but, elle alloue ses ressources humaines, financières et technologiques avec le souci permanent d'améliorer la santé mentale.

La Fondation de Nant s'engage à maintenir la qualité humaine et performante des soins, tout en intégrant la complexité croissante des savoirs et les mutations de l'environnement. Elle contribue à l'élaboration de nouveaux projets, favorise la prévention et la formation. Elle facilite l'accès à ses services et lutte contre la discrimination des personnes atteintes de maladies psychiques. La sécurité au travail et la protection de la santé de son personnel font partie intégrante de ses prestations.

La Fondation de Nant collabore activement avec le DP-CHUV et d'autres partenaires de la santé dans le but de favoriser l'échange des pratiques, le développement commun de projets et de nouveaux services.

## 2. POLITIQUE EN SANTE MENTALE

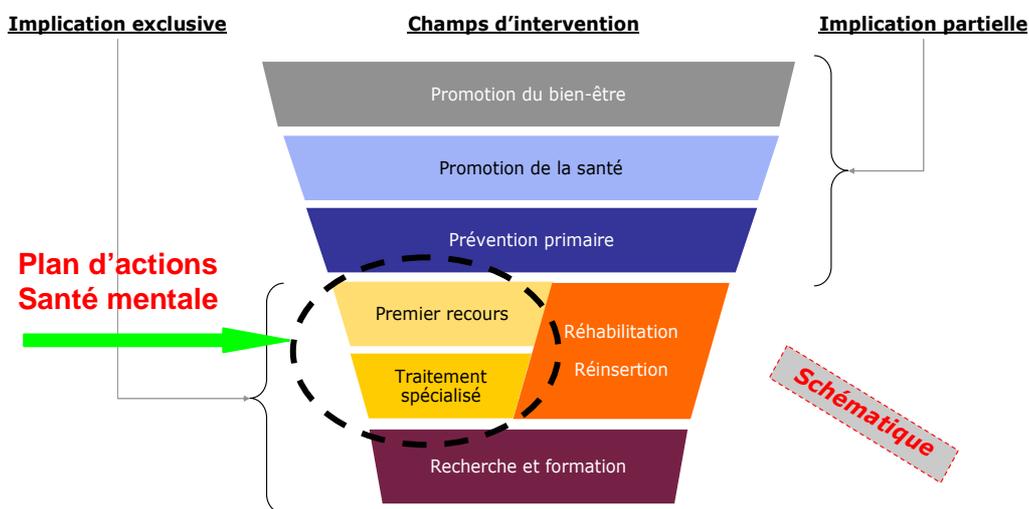
### 2.1 But général

Le but général de la politique en santé mentale dans le canton de Vaud est de maintenir et d'améliorer l'état de santé psychique de la population tout en garantissant un accès équitable aux soins.

Pour atteindre ce but, il est prévu d'intervenir dans les domaines suivants :

- L'accessibilité des soins, par des actions d'information à la population et d'orientation.
- Le soutien à la première ligne, par des mesures de formation et de travail en réseau.
- La coordination du traitement spécialisé et médico-social.
- Le développement d'une offre équitable et harmonieuse de soins de proximité dans l'ensemble du canton.

Ces quatre domaines d'intervention se situent au niveau du premier recours et du traitement spécialisé. A priori dans le champ d'implication exclusif de la santé, ils sont de fait en relation étroite avec d'autres politiques publiques (social, formation, justice et police,...) et d'autres intervenants.



## 2.2 Pilotage

La politique de santé mentale cantonale est le résultat d'une réflexion large conduite par un Comité de pilotage regroupant les directions des secteurs psychiatriques et le Service de la santé publique. Le Département de psychiatrie du CHUV et la Fondation de Nant intègrent les éléments de cette politique dans leur planification stratégique et sont ainsi en charge de la mise en œuvre opérationnelle des projets.

## 2.3 Programmes prioritaires

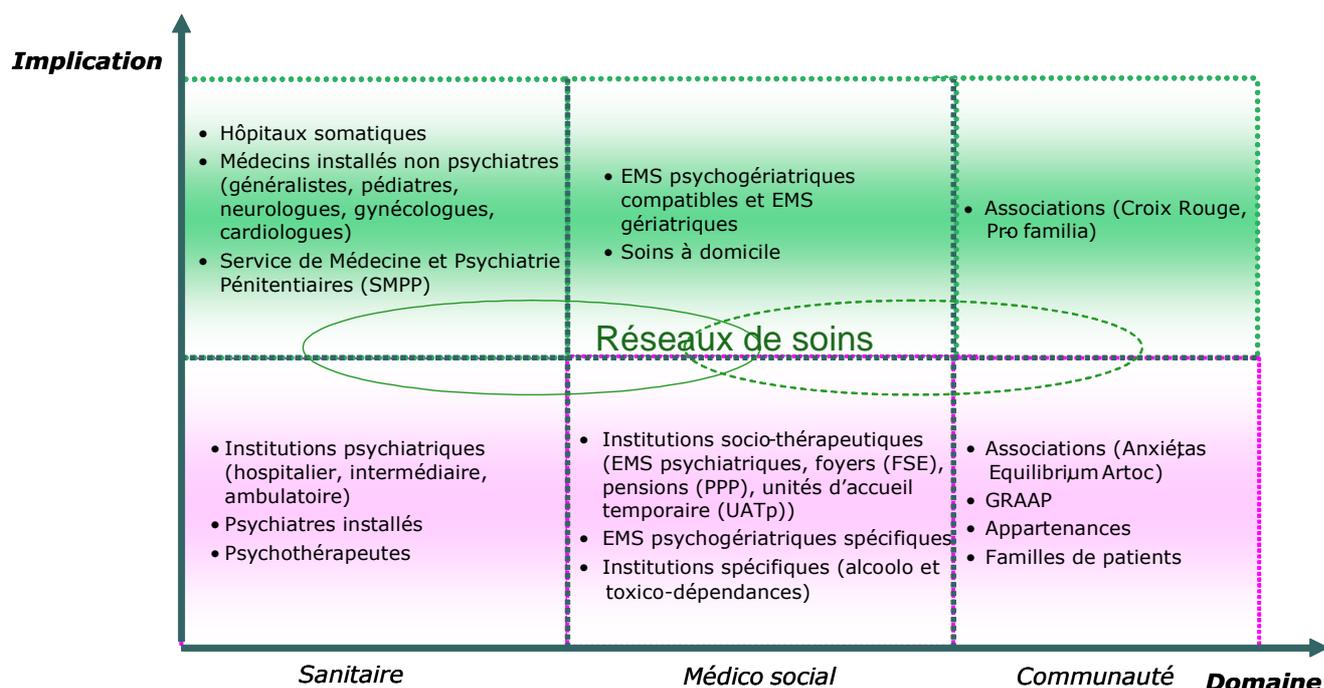
Sur la base de divers rapports et analyses, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a retenu des priorités pour la législature 2007 - 2012, organisées pour l'essentiel sous forme de programmes. A l'évidence, d'autres lacunes ou problèmes sont susceptibles d'émerger pendant la période considérée et de requérir des mesures complémentaires à celles identifiées aujourd'hui.

Cinq programmes prioritaires ont été retenus et sont présentés dans les pages qui suivent :

- **Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination**
- **Lutte contre les conduites suicidaires**
- **Amélioration de la prise en charge des situations de violence**
- **Amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique**
- **Handicap mental et psychiatrie**

Les synergies entre les cinq programmes seront favorisées et développées, de même qu'avec d'autres projets ou programmes en cours dans le canton de Vaud. Une attention particulière doit par ailleurs être portée aux migrant-e-s et autres populations vulnérables.

Du fait de leurs compétences « métier », les secteurs psychiatriques constituent le point d'ancrage des programmes, avant une diffusion plus large auprès des autres partenaires et de la communauté. La mise en œuvre du plan de santé mentale sera effectuée de manière progressive en tenant compte des moyens à disposition et après avoir déterminé les groupes d'acteurs pertinents. Les réseaux de soins apporteront leur appui au déploiement régional des programmes prioritaires.



### 2.3.1 Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination

La prise en charge des personnes atteintes dans leur santé psychique est effectuée dans différents lieux. La mise en place de mesures de coordination est alors nécessaire, afin de garantir l'adéquation et l'efficacité des soins. Le travail de liaison - au sein des hôpitaux somatiques, des EMS, des CMS et auprès des médecins installés - et de coordination permet une identification plus précoce, ainsi qu'une prise en charge plus adéquate en fonction des caractéristiques des malades.

#### Objectifs de santé publique

Quatre objectifs sont associés à ce programme :

- améliorer les compétences des intervenant-e-s de première ligne ;
- améliorer l'identification précoce des problèmes de santé mentale ;
- améliorer l'accès aux soins spécialisés lorsque cela est nécessaire, notamment dans la phase précoce des troubles psychiques ;
- assurer le traitement des maladies mentales dans des dispositifs appropriés.

Par ailleurs, dans le cadre du déploiement du programme « liaison et coordination », une attention particulière sera portée aux personnes souffrant de la **maladie d'Alzheimer et d'autres démences**, ainsi qu'à leur entourage.

#### Action 1 : Formation des professionnel-le-s de première ligne

Le renforcement des compétences des intervenant-e-s de première ligne (médecins de premier recours, infirmières et infirmiers, assistantes sociales et assistants sociaux, éducatrices et éducateurs...) est essentiel et constitue un excellent moyen de créer une plate-forme commune entre intervenants de premier recours et spécialistes (psychiatres et psychologues installé-e-s, institutions psychiatriques).

Elle doit :

- faciliter l'identification et le suivi précoces des maladies mentales ;
- distinguer les problématiques du ressort des praticien-ne-s de première ligne de celles qui nécessitent des soins spécialisés ;
- permettre des prises en charges coordonnées pour les situations nécessitant à la fois des soins primaires et des soins spécialisés.

Deux axes de formation sont prévus :

- la formation continue des intervenant-e-s de première ligne, par l'organisation de « Jeudis de la SVM », de cercles de qualité et de formations interdisciplinaires au niveau des régions, ainsi que de modules de formation spécifique ;
- la mise sur pied d'une formation continue universitaire "Collaboration de réseau en psychiatrie" (avec un certificat à la clé), ouverte également à un large public et dont les objectifs sont d'augmenter les compétences de psychiatrie communautaire et de travail en réseau ainsi que celles des spécialistes en matière de concilium psychiatrique et de liaison dans la communauté.

Il s'agit en particulier d'utiliser comme plate-forme commune, en la développant et en la modélisant, l'activité (déjà existante à certains endroits) de concilium spécialisé chez les intervenant-e-s de premier recours (par exemple, dans le domaine de l'urgence-crise, de la psychose et des toxicomanies, de la psychiatrie de la personne âgée).

*L'action 1 sera notamment développée en coordination avec les programmes « lutte contre les conduites suicidaires » (action 2) et « violence » (action 2).*

## Action 2 : Mise sur pied d'une liaison pluridisciplinaire avec les EMS et CMS

Les intervenant-e-s des CMS sont confrontés régulièrement à des patient-e-s présentant une pathologie psychiatrique, ou une affection somatique avec comorbidité psychiatrique et/ou une problématique relationnelle affectant la qualité des soins.

Les EMS ont des patient-e-s présentant de plus en plus souvent des problématiques mixtes psychiatriques et somatiques, et nombre d'EMS consacrent maintenant une part importante de leur activité à des patient-e-s souffrant de problématiques psychiatriques chroniques lourdes.

L'objectif est de développer dans chaque CMS et chaque EMS s'occupant de patient-e-s psychiatriques ou psychogériatriques **une activité de liaison**. Celle-ci consiste à discuter en équipe de cas cliniques problématiques sur le plan psychiatrique ou relationnel en présence d'un-e psychiatre et d'une infirmière ou d'un infirmier en psychiatrie, à une fréquence d'environ 8 séances d'une heure et demie par année<sup>7</sup>. Ces séances visent à orienter la prise en charge de problématiques psychiatriques parfois lourdes qui ne sont pas ou insuffisamment reconnues, à perfectionner les connaissances et le savoir-faire des intervenant-e-s des CMS et des EMS par rapport à ces problématiques, ainsi qu'à améliorer la qualité de l'approche relationnelle et le travail en équipe.

Il est prévu par ailleurs d'évaluer l'impact de l'activité de liaison sur l'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiatriques dans le canton de Vaud, en terme de risque de réadmission, de maintien dans la communauté, d'évolution clinique et de satisfaction.

## Action 3 : Développement de la psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux somatiques

Dans les hôpitaux somatiques également, l'on retrouve bon nombre de situations relevant de problématiques ou de comorbidités psychiatriques liées à une maladie somatique. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- améliorer la qualité du dépistage, de l'orientation et du traitement de problématiques psychiatriques dans les hôpitaux de soins somatiques ;
- développer un savoir et une culture incluant d'emblée la dimension psychique aux prises en charge somatiques.

Il s'agira de créer ou de renforcer des équipes de liaison sur les différents sites hospitaliers somatiques. Ces équipes doivent être composées d'au moins un-e médecin psychiatre de formation avancée (niveau chef-fe de clinique par exemple) et d'une infirmière ou d'un infirmier pour les patient-e-s relevant de la psychiatrie adulte et de la psychiatrie de la personne âgée, tout en assurant la présence d'un-e pédopsychiatre et/ou d'un-e pédopsychologue pour les enfants ou les adolescent-e-s.

Un temps de présence suffisamment important de cette équipe dans les services de l'hôpital est nécessaire pour rendre possible une bonne insertion au sein des équipes somatiques.

Certains hôpitaux disposent déjà de telles prestations de liaison. Il s'agit de les harmoniser sur l'ensemble du canton.

*L'action 3 sera notamment développée en coordination avec les programmes « lutte contre les conduites suicidaires » (action 3) et « pédopsychiatrie » (action 3).*

## Action 4 : Développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires psychiatriques

Des mouvements de désinstitutionalisation, l'ouverture des institutions, la spécialisation des interventions, l'augmentation du travail en réseau ont modifié les modèles d'intervention psychiatrique. Ces mutations impliquent pour la psychiatrie d'aller à la rencontre des patient-e-s, de leurs proches et des intervenant-e-s de premier recours, afin de soutenir l'intégration sociale et le maintien dans la communauté de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.

Dans ce but, il s'agit de développer des capacités d'interventions spécialisées à domicile et/ou en institutions médico-sociales, pour favoriser le maintien ou le retour dans la communauté des personnes à risque souffrant de troubles psychiatriques sévères. Il s'agit également de faciliter l'accès à des traitements psychiatriques appropriés pour les personnes qui en ont besoin.

---

<sup>7</sup> Il s'agit d'un standard qui doit être appliqué de manière différenciée en tenant compte des ressources disponibles des CMS et des EMS.

Il existe trois équipes mobiles (une par groupes d'âge) dans la région Centre. Il est prévu de développer dans les autres régions des équipes mobiles pluridisciplinaires pour soutenir l'intégration sociale et le maintien dans la communauté de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et pour permettre l'entrée en soins de patient-e-s dont la nature même du trouble est constituée par une altération du sentiment d'être malade et par la difficulté à demander une aide adéquate<sup>8</sup>. Le coût des équipes mobiles est relativement élevé, mais elles répondent à des besoins et des attentes des familles, de nombreuses associations de patient-e-s et du Groupe romand d'accueil et d'actions psychiatriques (GRAAP).

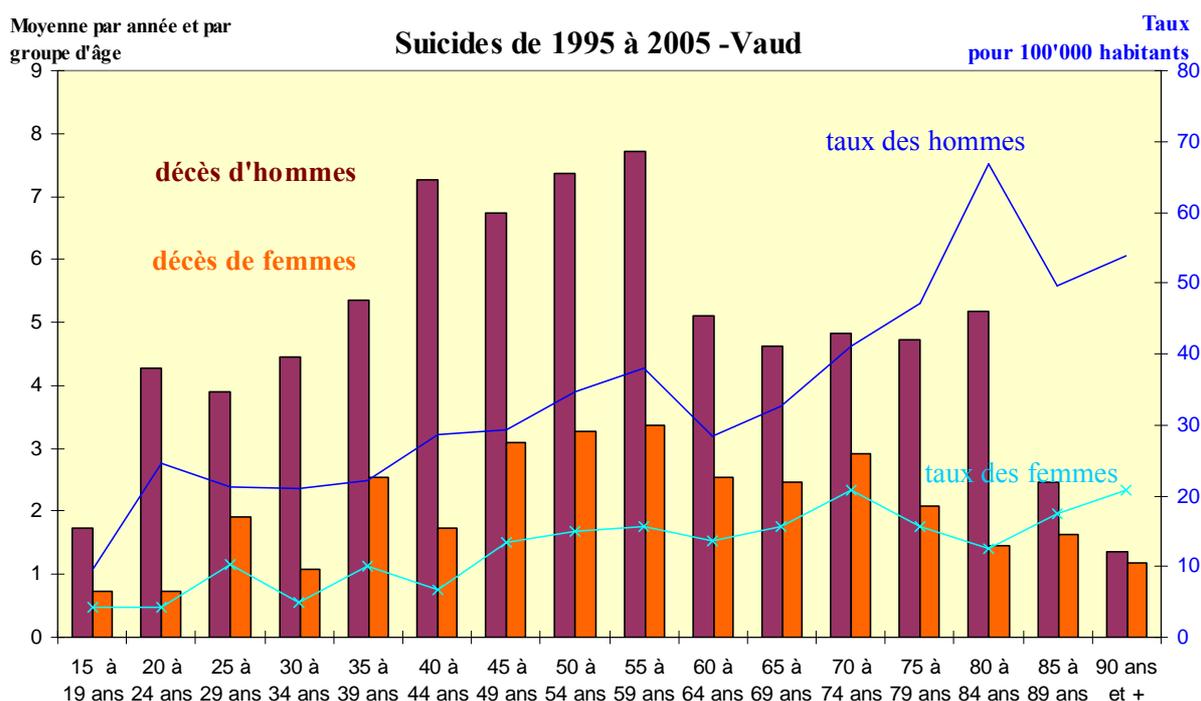
### 2.3.2 Lutte contre les conduites suicidaires

Le suicide est une cause majeure de mortalité chez les jeunes adultes dans la tranche d'âge 15 - 34 ans. **Pour l'Europe**, il constitue, pour cette classe d'âge, la deuxième cause de décès après les accidents de transport, d'après le rapport de l'OMS<sup>9</sup>.

**La Suisse** se situe nettement au-dessus de la moyenne mondiale selon l'OMS, dans le premier tiers des pays d'Europe occidentale, avec un taux de suicide proche de celui de la France et de l'Autriche, mais inférieur à celui des pays de l'Europe de l'Est<sup>10</sup>. En Suisse, 1'284 personnes ont commis un suicide en 2004. Cela correspond à plus de 21 suicides pour 100'000 hommes et plus de 9 suicides pour 100'000 femmes. Les tentatives de suicides sont quant à elles beaucoup plus élevées et estimées à plus de 10'000 (environ 4'000 hommes et 6'000 femmes), chaque année<sup>11</sup>.

Pour le canton de Vaud, l'on détermine en moyenne, 100 à 120 suicides par année.

#### Nombre de décès par suicide par année et par groupe d'âge et taux de suicide pour 100'000 habitants (1995-2005)



Source : Service cantonal de recherche et d'informations statistiques (SCRIS).

<sup>8</sup> La Fondation de Nant a élaboré un projet pour la constitution d'une équipe mobile pluridisciplinaire pour répondre à des demandes d'interventions à domicile pour des patients souffrant de troubles psychiatriques et dont l'accès aux traitements est rendu particulièrement difficile.

<sup>9</sup> Rapport sur la santé dans le monde. OMS. 2001.

<sup>10</sup> Rapport sur le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Office fédéral de la santé publique (OFSP). Avril 2005.

<sup>11</sup> Santé psychique en Suisse. Monitoring. Observatoire suisse de la santé (OBSAN). Août 2007.

## Objectifs de santé publique

Malgré des actions ciblées, il existera toujours un taux de suicide dit « incompressible ». Les objectifs, pour la population générale comme pour les jeunes, sont de :

- réduire le nombre de tentatives de suicide étant donné que le risque de décès par suicide est quarante fois plus élevé chez les personnes qui ont déjà fait une tentative que dans la population générale<sup>12</sup> ;
- réduire le nombre de suicides.

Les quatre actions retenues - surveillance des médias, formation, prise en charge en milieu somatique et orientation des urgences - s'adressent à toutes les classes d'âge : enfants et adolescent-e-s, adultes et personnes âgées. Des ajustements seront donc nécessaires en fonction de l'âge pour ce qui est du public cible ou du contenu des formations, de même que des recommandations aux médias.

De manière générale, la restriction de l'accès aux moyens (législation stricte sur les armes, construction de barrières de protection sur les lieux élevés d'où les gens sautent dans le vide,...) constitue une stratégie préventive à l'efficacité confirmée. Au niveau fédéral, on mentionnera notamment la loi sur les armes, les accessoires d'armes et les munitions dont les récentes modifications entreront en vigueur prochainement et l'initiative populaire « Pour la protection face à la violence des armes », actuellement en phase de récolte des signatures.

### Action 1 : Suivi du traitement de l'information sur le suicide dans les médias

La manière dont les médias rendent compte d'un suicide peut engendrer un effet d'imitation. Dans la littérature scientifique, on parle d'« effet Werther » en référence au roman de Goethe « Les souffrances du jeune Werther » qui déclencha une vague de suicides chez les jeunes à l'époque de sa publication. Ces dernières années, les Etats-Unis, l'Autriche et la Suisse ont publié, à l'intention de la presse, des recommandations sur la manière d'aborder le problème du suicide. Il est donc essentiel de :

- sensibiliser les journalistes à l'importance de la manière dont ils parlent du suicide ;
- collaborer à la formation des journalistes dans ce domaine ;
- développer une évaluation continue de l'approche du suicide dans les médias par un suivi régulier de la presse sur ce thème.

### Action 2 : Formation des professionnel-le-s de première ligne

L'identification et le suivi des personnes à risque de suicide ou ayant effectué une ou plusieurs tentatives de suicide sont souvent effectués par les professionnel-le-s de première ligne. Afin d'améliorer le dépistage et l'abord de la problématique suicidaire, ainsi que la prise en charge, le traitement et le suivi des personnes concernées, il faut :

- améliorer les connaissances et les compétences des professionnel-le-s de première ligne ;
- renforcer la collaboration entre les intervenant-e-s de première ligne ainsi qu'entre la première ligne et les spécialistes.

Concrètement, il s'agit de diffuser la formation déjà initiée dans la région Centre et dans certaines régions de Suisse romande, selon le modèle « Terra/Séguin ». Il s'agit d'un modèle d'intervention destiné à des professionnel-le-s des milieux sanitaires et non sanitaires qui vise à favoriser le dépistage et l'approche de la problématique suicidaire, ainsi qu'à implanter un modèle d'évaluation du risque suicidaire. Cette formation comporte un volet « formation de formateurs » qu'il est également prévu d'implanter dans tout le canton.

*L'action 2 sera notamment développée en coordination avec les programmes « pédopsychiatrie » (action 3) et « liaison et coordination » (action 1).*

<sup>12</sup> Rapport OFSP susmentionné. Avril 2005.

### Action 3 : Prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider

Afin de prévenir les récurrences, toute personne hospitalisée ayant fait une tentative de suicide doit être évaluée par un-e psychiatre.

Un-e psychiatre de liaison doit en conséquence être disponible dans chaque hôpital somatique, au bénéfice d'un mandat du secteur psychiatrique concerné. Sa présence doit être régulière, afin de développer les liens avec les équipes hospitalières et pouvoir évaluer toutes les personnes ayant effectué un geste suicidaire, quel que soit son degré de sévérité.

La personne ayant fait une tentative de suicide doit pouvoir être gardée à l'hôpital jusqu'à cette évaluation, soit, de cas en cas, pour une durée de 24h-48h (avec: intervention de crise sur place, entretien avec l'entourage, contact avec le réseau, mise en place d'un suivi). Dans l'idéal, le système devrait être organisé de manière à permettre un accrochage thérapeutique avec les **mêmes intervenant-e-s**.

*L'action 3 sera notamment développée en coordination avec les programmes «pédopsychiatrie» (action 3) et «liaison et coordination» (action 3).*

### Action 4 : Orientation téléphonique des urgences psychiatriques

En cas de problèmes psychiatriques, notamment de menaces suicidaires, il est aujourd'hui difficile pour la population de demander de l'aide et d'accéder rapidement aux soins appropriés. Le dispositif actuel est mal connu et éclaté parmi de nombreux acteurs et numéros de téléphone.

Le numéro cantonal de la Centrale téléphonique des médecins de garde (CTMG) 0848 133 133 a été promu auprès de la population pour appeler le médecin de garde en cas de problèmes de santé sans mentionner spécifiquement qu'il s'agit aussi du numéro d'appel pour demander des soins psychiatriques, notamment pour des menaces suicidaires.

Pour améliorer la situation, il est prévu de :

- mettre en place un dispositif cantonal d'orientation des appels psychiatriques dans les différentes régions 24h/24, durant les heures ouvrables, la nuit et le week-end ;
- établir un dispositif cantonal de numéros de téléphone permettant d'accéder rapidement aux soins psychiatriques appropriés ;
- former les centralistes d'Urgence Santé à une réponse appropriée concernant les appels pour les problèmes suicidaires ;
- informer la population que le numéro de la CTMG 0848 133 133 répond aussi en cas de problèmes de santé psychique, notamment pour des menaces suicidaires.

*L'action 4 sera notamment développée en coordination avec le programme « pédopsychiatrie » (action 3).*

### Programme « Alliance contre la dépression »<sup>13</sup>

La dépression est une maladie mentale fréquente. Depuis 2003, des « Alliances contre la dépression » se sont organisées en Suisse pour améliorer la détection précoce et le traitement de cette maladie et prévenir ainsi le suicide. Le canton de Vaud a choisi de développer un plan de santé mentale axé sur cinq programmes prioritaires. Les travaux du programme « Lutte contre les conduites suicidaires » sont bien avancés : plusieurs formations à l'intervention de crise suicidaire ont été données entre 2006 et 2008. Parmi d'autres mesures, la prévention des conduites suicidaires passe par l'identification et le traitement des troubles psychiques dont la dépression, mais aussi d'autres pathologies. Il a paru difficile d'intégrer tel quel le programme « Alliance contre la dépression » au risque de créer des doublons avec des projets en cours. Cependant, vu l'importance d'améliorer le dépistage et le traitement de la dépression, un certain nombre d'éléments pourraient être intégrés au programme « Lutte contre les conduites suicidaires » en les adaptant et dans le souci de les inscrire dans la durée.

<sup>13</sup> Le concept "Alliance contre la dépression" vient de l'Allemagne. La première "Alliance" a été développée à Nuremberg en 2002.

### **2.3.3 Amélioration de la prise en charge des situations de violence**

Le thème de la violence fait l'objet de préoccupations grandissantes et de diverses initiatives et études<sup>14</sup>. Début 2004, le SSP, avec l'appui de la Commission cantonale de coordination psychiatrique (CCCP), a mandaté le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP) du CHUV pour recenser les besoins concrets des institutions vaudoises confrontées aux problèmes de violence. Une enquête de terrain auprès d'une cinquantaine de membres du personnel de différentes institutions vaudoises confrontées à des situations de violence a été menée en 2004-2005. Pratiquement l'ensemble des professionnel-le-s interrogé-e-s se sont dit-e-s concerné-e-s par des situations de violence, dans des rôles et des situations très variables, mais souvent avec un degré de préoccupation consistant.

#### **Définition de la violence**

La typologie utilisée par l'OMS<sup>15</sup> distingue les faits de violence en trois grandes catégories : la violence dirigée contre soi-même, la violence interpersonnelle et la violence collective. Le domaine couvert dans le cadre du mandat SSP-CCCP est celui de :

- *la violence familiale et la violence entre partenaires* : maltraitance des enfants et des personnes âgées, violence conjugale, violences sexuelles commises par des proches ;
- *la violence communautaire* : violence des jeunes, actes de violence aveugle, violences sexuelles commises par des inconnu-e-s, violences en institutions (école, travail, lieux de soins ou de détention,...).

#### **Objectifs de santé publique**

La prise en charge des situations aiguës (phase de décompensation et violences aiguës) semblait ne pas poser de problème majeur au moment de l'enquête. Cependant, ces derniers mois, plusieurs situations difficiles ont souligné les limites des institutions psychiatriques face à des sujets dont la violence ne cède pas avec un traitement aigu.

Les objectifs visés sont:

- le développement d'un savoir-faire adéquat (formation et supervision) pour la prise en charge des situations de violence ;
- le renforcement de la continuité et de la coordination des différents modes de prise en charge ambulatoire et hospitalière des personnes violentes qui souffrent de troubles psychiques et qui nécessitent une prise en charge avec ou sans mandat judiciaire<sup>16</sup> ;
- le développement de possibilités de recherche et de suivi épidémiologique dans ce domaine dans le cadre du futur Institut de Psychiatrie Légale du DP-CHUV.

Les mesures prioritaires suivantes sont prévues pour répondre au mieux à ces différents besoins et pour offrir une réponse coordonnée à la problématique soulevée. Précisons que le programme « *Amélioration de la prise en charge des situations de violence* » aborde dans un premier temps la problématique de la violence en institutions. Les outils et actions qui sont développés dans ce contexte pourraient être exportés en fonction des besoins, moyennant, cas échéant quelques adaptations.

#### **Action 1 : Création d'une équipe ressource spécialisée**

Il s'agit de créer une équipe ressource pluriprofessionnelle avec des missions de supervision, de formation et recherche, ainsi que de coordination. Cette équipe est appelée à jouer un rôle de référence pour des situations particulièrement sévères. Des répondant-e-s à l'intérieur des institutions devraient être désigné-e-s dans les structures de soins concernées par les situations de violence (en particulier, dans chaque secteur psychiatrique) ; ces répondant-e-s seraient les contacts privilégiés tant de l'équipe ressource que de leurs collègues.

<sup>14</sup> On peut citer par exemple l'initiative du GRAAP de constituer en 2001 déjà un groupe de travail en vue d'apporter des réponses à la problématique de la violence des patients « désinsérés » et en rupture et la création de l'Unité de Médecine des Violences au CHUV (2005).

<sup>15</sup> Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS. 2002.

<sup>16</sup> Il faudrait également tenir compte, d'une part des structures existantes actuellement dans le canton et, d'autre part, des modifications du Code civil suisse.

L'équipe ressource n'aura pas pour vocation d'intervenir en urgence en première ligne sur le terrain pour prendre en charge des situations de violence. C'est, par contre, par ses interventions de conseil, de supervision ou d'intervision régulières ou à la demande, auprès des intervenant-e-s agissant en urgence dans ce type de situations (police, justice, urgences psychiatriques,...) qu'elle contribuera à l'amélioration durable des prises en charge et des conditions d'intervention de ces professionnel-le-s. Outre les supervisions et les formations, elle assurera des interventions focalisées sur des cas particuliers (discussion de cas, propositions de mesures ou d'attitudes, facilitation de contacts, médiation, coordination). L'équipe ressource devra également assumer une fonction importante de recherche, notamment dans l'adaptation et l'implantation d'instruments d'évaluation et de gestion du risque de violence, en s'inspirant de travaux reconnus en la matière, en particulier dans les pays anglo-saxons.

## **Action 2 : Mise sur pied de formations adaptées et cohérentes**

Le recensement des besoins en matière de formation a mis en évidence un vaste champ en termes de domaines et de publics concernés.

Les grands domaines de formation identifiés sont les suivants :

- formations modulables à la prise en charge des situations de violence ;
- formations spécialisées à l'évaluation du risque de violence ;
- formations à la détection et à la prise en charge des victimes de violence.

Pour la deuxième année consécutive, une formation continue « comprendre et gérer les situations de violence » développée par le SMPP a été organisée par le DP-CHUV. Cette formation s'adresse aux professionnel-le-s des milieux hospitaliers et sociaux. Elle vise à apporter des connaissances adaptées sur ce sujet, mais aussi à transmettre des savoir-faire et à développer les compétences professionnelles et personnelles des participant-e-s en travaillant très largement sur des mises en situation, des analyses concrètes, le ressenti émotionnel ou l'apprentissage des techniques d'autoprotection. On mentionnera également dans ce contexte la formation « Approche thérapeutique et relationnelle de la violence » organisée conjointement par les secteurs Nord et Est.

L'organisation d'une offre et d'un concept de formation répondant aux besoins recensés et visant à améliorer les compétences des acteurs concernés nécessitera une action coordonnée s'inscrivant dans la durée.

*L'action 2 sera notamment développée en coordination avec le programme « liaison et coordination » (action 1)*

## **Action 3 : Renforcement des structures d'accueil pour patient-e-s sous mandat pénal ou civil**

L'amélioration de l'offre en structures médico-sociales diversifiées et réparties dans le canton, permettant d'accueillir à moyen et à long terme des personnes tombant sous le coup d'une mesure judiciaire et permettant la transition entre le milieu carcéral et la vie libre, est une mesure fortement prioritaire vu les manques actuels. Le suivi et le soutien psychiatrique adaptés sont, en effet, de l'avis de tou-te-s les spécialistes, des éléments déterminants pour le succès de toute réinsertion.

La souplesse de la chaîne de soins est indispensable dans les cas de délinquant-e-s souffrant de pathologie psychiatrique. Si, pour certain-e-s, les perspectives thérapeutiques sont malheureusement encore limitées (il s'agit principalement de prendre à leur encontre des mesures sécuritaires d'internement), pour les autres, la prise en charge de leur pathologie permet une réduction très nette de leurs difficultés et du risque de récidive. Cette prise en charge doit s'insérer dans une chaîne de soins souple, permettant des hospitalisations en milieu sécurisé ainsi que des possibilités d'accueil en milieu ouvert ou semi-ouvert. Le développement de cette chaîne de soins devrait s'accompagner d'une évaluation régulière des besoins en la matière.

*L'action 3 sera notamment développée en coordination avec le programme « liaison et coordination ».*

## **Action 4 : Recherche et suivi épidémiologique en psychiatrie légale**

La multiplicité des problématiques mobilisées par les situations de violence, l'importance croissante de la place du soin dans les réponses pénales, l'attention croissante portée à des catégories particulières de délinquant-e-s nécessitant un suivi psychiatrique ou une évaluation adéquate, rendent nécessaires une coordination et une mise en commun des ressources.

La création de l'Institut de Psychiatrie Légale au sein du DP-CHUV offrira une réponse coordonnée et concertée à ces différents aspects. Cet institut comportera quatre secteurs (investigation, enseignement-formation, recherche, pédopsychiatrie) qui permettront d'éviter la dispersion des actions et de garantir la continuité de celles-ci. Il fédérera l'expertise et les compétences académiques en matière de recherche, d'enseignement et de formation.

*L'action 4 sera notamment développée en coordination avec le programme « pédopsychiatrie » (action 4).*

### **2.3.4 Amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique**

Sur mandat du SSP, un groupe de travail a effectué un bilan en matière de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent-e dans le canton de Vaud (2006). La prévalence des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent-e ne fait qu'augmenter ; ils sont fréquemment chroniques et persistent à l'âge adulte. En outre, ils ont des répercussions immédiates, telles que le stress et les souffrances personnelles et familiales, et, à plus long terme, sur la formation scolaire et professionnelle, avec de graves conséquences pour la société, puisqu'ils peuvent générer des troubles, tels que maltraitance, violence et toxicomanie.

#### **Objectifs de santé publique**

Les objectifs visés vont dans le sens :

- de clarifier et d'améliorer l'offre actuelle de soins aux patient-e-s, notamment les possibilités d'hospitalisation, insuffisantes dans le canton, en développant des lits pédopsychiatriques en pédiatrie et par la création d'une véritable chaîne de soins pour les pathologies précoces de l'enfant ;
- d'améliorer, rationaliser et compléter le dispositif de soins destinés aux patient-e-s maltraité-e-s et/ou abusé-e-s et à leurs familles, ainsi qu'aux patient-e-s - en nombre de plus en plus important - qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ou d'abus de substances ou qui présentent des conduites suicidaires.

Les prises en charge thérapeutiques doivent toujours tenir compte de la globalité de l'enfant et sont par conséquent multiples : pédopsychiatriques, médicales, pédagogiques, institutionnelles, logopédiques ou encore éducatives.

#### **Action 1 : Augmentation des lits de pédopsychiatrie en pédiatrie**

A l'occasion du regroupement de deux unités de pédiatrie du Nord vaudois et en profitant des modifications d'infrastructures qui en découlent, 5 lits pédopsychiatriques ont été créés dans la nouvelle unité de pédiatrie. La responsabilité médicale incombe à la pédopsychiatrie. Les indications pour les hospitalisations vont du trouble réactionnel jusqu'aux graves décompensations psychotiques, en passant par les menaces suicidaires, chez des enfants de 0 à 16 ans.

Dans la région Est, la collaboration développée depuis plusieurs années entre le service de pédopsychiatrie et les départements de pédiatrie de l'hôpital Riviera et de l'hôpital du Chablais a été renforcée par la création d'une unité de pédopsychiatrie hospitalière de 4 lits dans le service de pédiatrie d'Aigle. Cette structure, placée sous responsabilité pédopsychiatrique, accueille les enfants et adolescent-e-s de 0 à 18 ans, en leur offrant des soins spécialisés, prodigués par une équipe pluridisciplinaire. Elle permet d'enrichir et de compléter l'offre thérapeutique de la région, dans le souci d'une cohérence accrue de la chaîne de soins.

Ces nouvelles capacités doivent être comprises dans une perspective globale de gestion des ressources existantes dans le canton et s'articuler avec les lits pédopsychiatriques en pédiatrie à l'Hôpital de l'Enfance (quatre lits ouverts actuellement, un cinquième de soins intensifs, en projet). Un projet d'unité d'hospitalisation pour adolescent-e-s de la Côte est actuellement à l'étude à l'Ouest.

## Action 2 : Renforcement des structures de prise en charge des troubles envahissants du développement

L'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la nouvelle péréquation financière entre cantons et Confédération (RPT) confie l'entière responsabilité de l'enseignement spécialisé aux cantons. Après une période transitoire (3 ans), un nouveau concept pédagogique sera mis en place au niveau cantonal par le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC). Dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la RPT, le groupe de travail « conception pédagogique » a établi dix recommandations/axes d'analyses parmi lesquels figure l'axe n° 7 « Collaboration du monde médical et pédagogique ». Les questions qui se posent dans le cadre de la pédagogie spécialisée sont à mettre en relation avec le plan de santé mentale, afin d'assurer la mise en cohérence de ces politiques. Dans ce contexte, il est proposé la création d'un groupe de travail qui recevra un mandat commun du SSP et du Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (SESAF) et auquel une délégation de pédopsychiatres participerait. Ce groupe de travail paritaire serait notamment chargé de développer une réflexion de fond sur les modalités de collaboration entre le monde médical et pédagogique d'une part et sur l'organisation actuelle de la chaîne de prestations d'autre part. Cette réflexion commune devrait aboutir à un véritable partenariat avec la création de filières complémentaires.

## Action 3 : Renforcement des moyens de lutte contre les conduites suicidaires

Les conduites suicidaires des jeunes et les récidives constituent un problème majeur de santé publique. L'étude SMASH réalisée en Suisse en 2002 montre que 5% à 8% des adolescent-e-s disent avoir fait une tentative de suicide, 10% seulement ont pu bénéficier d'une hospitalisation et 40% n'en ont même pas parlé à leur entourage. A l'heure actuelle, le taux de tentatives de suicide est tout particulièrement élevé chez les filles, par ailleurs de plus en plus jeunes. De façon générale, toutes les conduites agies impliquant le corps sont caractéristiques des difficultés psychiques survenant à cet âge. Si le risque de décès apparaît d'autant plus insupportable et injuste, la prévention, la prise en charge, l'accompagnement et le suivi de ces adolescent-e-s s'inscrivent dans un contexte très complexe, impliquant nécessairement les parents, l'école, les enjeux de formation, et les autres intervenant-e-s auprès des jeunes. **Il convient de rappeler que les conduites suicidaires sont devenues l'un des modes préférentiels d'expression de la souffrance psychologique des jeunes aujourd'hui dans nos sociétés.** Ce constat implique d'importants efforts de formation, compréhension, évaluation, accompagnement de ces jeunes, avec les priorités suivantes :

- Renforcement des modalités de prise en charge pédopsychiatrique : urgences, hospitalisations, interventions de crise, suivis ambulatoires.
- Formation des professionnel-le-s de santé aux spécificités psychopathologiques de l'adolescence et à la place des conduites suicidaires en soulignant les risques importants de récidives et de « contagion ».
- Généralisation des modalités d'évaluation et de prise en charge des jeunes suicidants.
- Formation élargie aux intervenant-e-s important-e-s auprès des jeunes : éducatrices et éducateurs, enseignant-e-s, médiatrices et médiateurs, juges, personnel de police.
- Evaluation de l'utilité d'une ligne téléphonique spécifique avec les organismes et les institutions existantes.

*L'ensemble de ces mesures sera développé en coordination avec les programmes « lutte contre les conduites suicidaires » et « liaison et coordination ».*

## Action 4 : Développement d'un pôle de pédopsychiatrie au sein de l'Institut de Psychiatrie Légale

L'Institut de Psychiatrie Légale mentionné dans l'action 4 du programme « violence » a aussi une forte implication pédopsychiatrique. L'objectif visé est de constituer une structure cantonale unique, reconnue en particulier pour la réalisation d'expertises pénales et civiles **complexes**, dont le nombre augmente et qui requièrent des compétences toujours plus spécialisées<sup>17</sup>. Ce développement répond de plus à une préoccupation politique majeure et à des besoins importants dans le domaine de la maltraitance.

*L'action 4 sera notamment développée en coordination avec le programme « violence » (action 4).*

<sup>17</sup> Plus précisément, la structure cantonale centraliserait les demandes d'expertises, évaluerait leur complexité et en réacheminerait une partie aux secteurs. Cette structure ferait donc essentiellement des expertises très complexes ou demandant des compétences très pointues.

## Autres projets

Parmi les autres projets en cours dans le canton de Vaud dans le domaine de la pédopsychiatrie, l'on peut mentionner :

- Le renforcement de la prise en charge des patient-e-s souffrant de troubles du comportement alimentaire, avec un projet intégré dans le plan stratégique du CHUV. Il est prévu la création d'une structure cantonale, transversale avec la psychiatrie adulte, d'hospitalisation des 16 à 24 ans, en plus des structures déjà existantes en pédopsychiatrie. Ce projet doit inclure une filière de prise en charge et notamment des activités spécialisées de type centre de jour.
- La lutte contre les abus de substances par une meilleure prise en compte des conduites addictives des adolescent-e-s en pratiquant une politique de prévention visant à un repérage le plus précoce possible, et par une amélioration de la prise en charge qui passe par la mise en réseau des secteurs sanitaire et social. Deux programmes sont en cours :
  1. DEPART : Dépistage-évaluation-parrainage d'adolescent-e-s qui consomment des substances. Ce programme est destiné tant aux jeunes qu'à leur entourage et aux professionnel-le-s ; il propose un appui interdisciplinaire (social, médical, pédopsychiatrique et spécialisé en addiction) sur les problèmes de consommation de substances psychotropes, afin d'éviter qu'ils empêchent le bon développement et l'entrée dans la vie adulte.
  2. Le programme de prévention des dépendances en milieu scolaire (obligatoire et post-obligatoire) qui vise à renforcer les compétences internes des écoles et promouvoir les conditions favorables à une bonne gestion du patrimoine santé des élèves et à gérer les situations de consommation de substances psychotropes dans le cadre scolaire.

### 2.3.5 Handicap mental et psychiatrie

Les personnes avec retard mental qui étaient hébergées asilairement à l'hôpital psychiatrique ont été dirigées à la fin des années 80 vers des institutions socio-éducatives suite à la redéfinition du rôle de soins aigus des hôpitaux psychiatriques. Il en a résulté un clivage ces 20 dernières années entre les équipes médico-psychiatriques et les équipes socio-éducatives. Comme la population avec handicap mental n'en présente pas moins d'importantes comorbidités psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles du comportement), de nombreux problèmes sont apparus à l'interface des institutions socio-éducatives et psychiatriques, ainsi qu'à l'intérieur de chacune d'elles pour des patient-e-s présentant des problématiques complexes incluant des troubles du comportement.

A cette situation insatisfaisante s'ajoute la nécessaire révision réglementaire des conditions d'application des mesures de contrainte pour cette population.

#### Objectifs de santé publique

- Améliorer l'accès aux prestations psychiatriques pour les personnes avec handicap mental et problématique mixte ;
- Améliorer la collaboration entre les acteurs médico-psychiatriques et socio-éducatifs oeuvrant dans le champ du handicap mental par une mise en réseau coordonnée au niveau cantonal ;
- Mettre à niveau le traitement des personnes avec handicap mental et comorbidité psychiatrique par rapport aux autres domaines de la psychiatrie, notamment en développant les horaires de prise en charge, la formation et la recherche.

#### Action 1 : Information large du réseau spécialisé et non spécialisé

Il s'agit de combler le retard accumulé en matière de connaissances spécifiques liées au handicap mental et aux comorbidités psychiatriques. Un répertoire des différents acteurs et du rôle de chacun est mis à jour. Des publications de formation continue sont assurées dans les revues des différentes professions concernées. Des colloques et des conférences sont organisés pour faciliter les échanges et valoriser le domaine des interactions entre psychiatrie et handicap mental. Des articles de vulgarisation sont proposés au grand public pour améliorer sa compréhension de la problématique et pour déstigmatiser les patient-e-s et leur famille.

## **Action 2 : Formation interdisciplinaire des intervenant-e-s et création d'un référentiel commun**

Il s'agit de faire converger les cultures socio-éducatives et médico-psychiatriques vers une représentation commune des problèmes de santé mentale des personnes handicapées. La diffusion d'instruments de mesure validés et faciles à utiliser dans le réseau est encouragée. Des formations interdisciplinaires sont mises sur pied. Des stages d'immersion dans d'autres éléments du réseau institutionnel sont facilités. Des échanges intercantonaux sont installés pour profiter de l'expérience acquise ailleurs. Des cours de sensibilisation sont offerts aux intervenant-e-s de premier recours pour faciliter le dépistage précoce des problèmes.

Des documents de mise à jour scientifique sont élaborés pour consolider les concepts opérationnels, par exemple l' « hypostimulation ».

## **Action 3 : Dispositif de collaboration entre la psychiatrie et les institutions du handicap mental (DCPHM)**

Les personnes avec handicap mental qui présentent des troubles du comportement dans le cadre d'une comorbidité psychiatrique posent de sérieux problèmes de prise en charge tant dans les institutions socio-éducatives que dans les hôpitaux psychiatriques lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. C'est pourquoi un appui psychiatrique peut être indiqué dans une institution socio-éducatrice pour prévenir une hospitalisation, ou, si ce n'est pas possible, organiser les contacts avec les professionnel-le-s de l'hôpital pour la faciliter.

Une fois hospitalisés en psychiatrie, les patient-e-s avec handicap mental bénéficient d'un appui socio-éducatif à l'équipe soignante, dans un esprit de continuité des soins.

Ce travail de liaison constitue précisément la mission du Dispositif de collaboration entre la psychiatrie et les institutions du handicap mental (DCPHM). Ce dispositif est constitué d'une équipe pluridisciplinaire médico-psycho-socio-éducative rattachée au Service de psychiatrie communautaire du DP-CHUV. Le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) participe également au financement et au pilotage du DCPHM, lequel offre sa mobilité sur toute l'étendue du canton, tant dans les secteurs psychiatriques que dans les institutions socio-éducatives, les foyers et auprès des familles concernées. Son action est appelée à se développer face à une importante demande et dans le cadre de l'action 4 ci-dessous.

## **Action 4 : Création d'une Unité psychiatrique de crise pour le handicap mental (UPCHM)**

Pour les cas particulièrement complexes, lors de crise, le dispositif de liaison et l'hospitalisation psychiatrique classique ne suffisent plus. Selon l'OMS et selon l'exemple de Genève, il faut compter une douzaine de situations par 500'000 habitants qui nécessitent un cadre hospitalier aménagé spécifiquement pour leur complexité.

C'est pourquoi, dans le cadre du réaménagement architectural du site de Cery, un projet d'unité spécialisée pour l'intervention de crise psychiatrique dans le handicap mental (UPCMH) a été mis à l'étude. Une unité d'hospitalisation, accompagnée d'un hôpital de jour et de locaux pour la recherche clinique, est prévue. Ce lieu d'hospitalisation tertiaire sera à disposition des secteurs psychiatriques pour les situations particulièrement difficiles mais ne se substituera pas aux Secteurs pour les hospitalisations sans complexité particulière, pour lesquelles le DCPHM restera à disposition.

Au vu des délais prévisibles pour la construction de cette nouvelle unité, l'équipe du DCPHM, en collaboration avec l'ensemble des intervenants du réseau, prépare activement un modèle d'intervention pour patient-e-s complexes à partir de situations pilotes dans différents environnements institutionnels.

## **Action 5 : Création d'une structure d'accueil pour personnes handicapées mentales avec troubles importants du comportement**

Un petit nombre de personnes handicapées mentales présentent régulièrement des troubles importants du comportement (manifestations de violences envers les autres et/ou automutilations) sans nécessiter pour autant une hospitalisation en milieu psychiatrique, dans une unité telle que celle décrite ci-dessus (UPCHM). Ces personnes doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge en milieu socio-éducatif, adaptée à leurs besoins et leur offrant un cadre sécurisant de manière à atténuer les situations anxiogènes qui sont fréquemment à l'origine de leurs troubles du comportement.

Cette structure d'accueil sera confiée à du personnel qualifié et motivé pour développer et offrir des prestations personnalisées, inspirées notamment d'approches cognitivo-comportementales. Elle aura pour objectifs de réduire les troubles du comportement des personnes accueillies et de favoriser, dans la mesure du possible, leur réintégration dans des structures moins spécialisées du réseau institutionnel destiné aux personnes handicapées mentales. Elle aura également pour mission, s'inspirant de méthodes d'intervention analogues, d'offrir une suite cohérente à la prise en charge des jeunes adultes autistes venant du secteur « mineurs ».

*Le programme « handicap mental » sera notamment développé en coordination avec les programmes « liaison et coordination », « violence » et « pédopsychiatrie ».*

### 3. Synthèse

Le plan de santé mentale du canton de Vaud développé pour la législature 2007-2012 est composé de quatre domaines d'intervention et de cinq programmes prioritaires. La mise en œuvre de ces cinq programmes implique une vision globale et coordonnée, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Domaines d'intervention/ Programmes prioritaires	1. Faciliter l'accès aux soins (orientation, information)	2. Soutien à la 1 <sup>ère</sup> ligne (formation, travail en réseau)	3. Coordination du traitement spécialisé et médico-social	4. Développement de l'offre
<b>1. Renforcement de la psychiatrie de liaison et de la coordination</b>				
1.1 Formation des professionnel-le-s de 1 <sup>ère</sup> ligne		X		
1.2 Mise sur pied d'une liaison pluridisciplinaire avec les EMS et les CMS			X	
1.3 Développement de la psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux somatiques			X	
1.4 Développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires psychiatriques			X	
<b>2. Lutte contre les conduites suicidaires</b>				
2.1 Suivi du traitement de l'information sur le suicide dans les médias	X			
2.2 Formation des professionnel-le-s de 1 <sup>ère</sup> ligne		X		
2.3 Prise en charge en milieu somatique des personnes ayant tenté de se suicider			X	
2.4 Orientation téléphonique des urgences psychiatriques	X			
<b>3. Amélioration de la prise en charge des situations de violence</b>				
3.1 Création d'une équipe ressource spécialisée		X		
3.2 Mise sur pied de formations adaptées et cohérentes		X		
3.3 Renforcement des structures d'accueil pour patient-e-s sous mandat pénal ou civil				X
3.4 Recherche et suivi épidémiologique en psychiatrie légale				X
<b>4. Amélioration de la prise en charge pédopsychiatrique</b>				
4.1 Augmentation des lits de pédopsychiatrie en pédiatrie				X
4.2 Renforcement des structures de prise en charge des troubles envahissants du développement				X
4.3 Renforcement des moyens de lutte contre les conduites suicidaires	X	X	X	
4.4 Développement d'un pôle de pédopsychiatrie au sein de l'Institut de psychiatrie légale				X
<b>5. Handicap mental et psychiatrie</b>				
5.1 Information large du réseau spécialisé et non spécialisé	X			
5.2 Formation interdisciplinaire des intervenants et création d'un référentiel commun		X		
5.3 Dispositif de collaboration entre la psychiatrie et les institutions du handicap mental (DCPHM)			X	
5.4 Création d'une Unité psychiatrique de crise pour le handicap mental (UPCHM)				X
5.5 Création d'une structure d'accueil pour personnes handicapées mentales avec troubles importants du comportement				X

## Annexe : Autres projets dans le domaine de la santé mentale

Le Plan d'actions 2007-2012 constitue l'inventaire des priorités retenues pour cette période par le Département de la santé et de l'action sociale, sur la base des recommandations du Service de la santé publique, du CHUV et de la Fondation de Nant. Il est loin cependant de représenter l'intégralité des actions conduites sur le territoire vaudois dans le domaine de la santé mentale. A titre indicatif, quelques projets, en cours ou récemment réalisés, sont mentionnés ci-dessous.

1. Plan stratégique du CHUV 2004 - 2007
  - *Détection et traitement précoce des premiers épisodes psychotiques*
  - *Unité de psychiatrie mobile (UPM)*
  - *Antenne d'intervention dans le milieu pour adolescent-e-s (AIMA)*
  - *Psychiatrie et migrant-e-s*
  - *Création de l'Institut de psychiatrie légale*
  - *Lits et liaison pédopsychiatrique à l'HEL*
  - *Neurosciences psychiatriques*
  - *Création d'une unité pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire*
2. Plan stratégique du CHUV 2009 - 2013
  - *Programme stratégique « santé mentale »*
3. Plan d'action de la Fondation de Nant 2007 - 2010
  - *Hospitalisation des enfants et des adolescent-e-s en pédiatrie*
  - *Prise en charge des toxicomanies - alcool (addictologie)*
  - *Psychiatrie transculturelle : patient-e-s migrant-e-s*
  - *Centre de compétences pour les personnes âgées*
  - *« Urgence - Crise - Liaison » à l'hôpital général*
4. Service de la santé publique, projets de prévention en lien avec la santé mentale
  - *Programme cantonal de promotion de la santé et de prévention primaire enfants (0-6 ans) - parents*
  - *Programme cantonal de prévention des dépendances en milieu scolaire (SSP, SESAF)*
  - *Programme inter cantonal 50+*
  - *PAct - Alcool 2007-2012 : plan cantonal d'action*
  - *Prévention du tabagisme : plan cantonal d'action 2008-2012*
5. Projets et rapports au niveau national
  - *Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population (février 2004)*
  - *Le suicide et la prévention des suicides en Suisse : rapport répondant au postulat Widmer (avril 2005)*
  - *Programme national pour la prévention du tabagisme 2001-2008 (projet en consultation pour la période 2008-2012)*
  - *Campagne Bravo : la fumée en moins, la vie en plus*
  - *Campagne « Ca débouche sur quoi »*
  - *Politique suisse en matière de drogue (Promedro III) : 3<sup>e</sup> programme de mesures en vue de réduire les problèmes de drogue*
  - *Alliance contre la dépression*
  - *Alliance pour la santé psychique suisse*
  - *Migration et santé, phase I (2002-2007) et phase II (2008-2013)*
  - *Programme national d'interventions et de recherche supra-f (adolescent-e-s)*
  - *Projet de loi sur la prévention et la promotion de la santé*

## Références

Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse. Office fédéral de la statistique (OFS). 1997.

Public Health Approach on Mental Health in Europe, National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES and Ministry of Social Affairs and Health. 2000.

Rapport sur la santé dans le monde. OMS. 2001.

Etat de santé de la population vaudoise. Service de la santé publique. 2001.

Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS. 2002.

Monitorage de la santé psychique en Suisse. OBSAN. 2003.

Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population suisse. OFSP-CDS. Février 2004.

Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer, OFSP. Avril 2005.

Elaboration du plan de santé mentale. Rapport final. SSP et CCCP. Antares. Avril 2005.

Monitorage de la santé psychique en Suisse. OBSAN. 2007.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

