

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

Santé psychique

Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse

Février 2004

Impressum

Rédaction: Regula Rička, Sabine Gurtner Office fédérale de la santé publique (OFSP)

Gestion des données: Monika Graser

Conseil consultatif: Niklas Baer, clinique psychiatrique, Bâle-Campagne, Liestal; Wilhelm Felder, représentant de la psychiatrie des services psychiatriques universitaires; Jürg Gassmann, Pro Mente Sana (PMS); Philippe Lehmann, Politique nationale de la santé, OFSP; Salome von Greyerz, Section stratégies et politiques, OFSP; Hans Kurt, Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie (SSP) / Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP); Roland Unternährer, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Franz Wyss, CDS

Adresse de contact:

Office fédérale de la santé publique
Direction de la politique de santé
Regula Rička

Section stratégies et politiques
Case postale, 3003 Berne
Tél +41 31 322 65 99, Fax +41 31 322 34 37

Table des matières

1	Introduction	9
---	--------------------	---

1.1	Orientation générale de la stratégie.....	9
1.2	Objectifs de la stratégie	9
1.3	Développement de la stratégie.....	10
1.4	Survol des différents chapitres	11
2	Bases de la stratégie.....	13
2.1	Définition de la santé psychique	13
2.3	Les valeurs fondamentales	14
2.4	La santé psychique, un processus qui s'étend sur toute la vie	15
2.4.1	Les caractéristiques bio-psycho-sociales de l'individu.....	15
2.4.2	Santé psychique des différentes générations aux diverses étapes de la vie	16
2.5	Déterminants de la santé psychique.....	18
2.5.1	Déterminants bio-psycho-sociaux.....	18
2.5.2	Déterminants socio-économiques	19
2.5.3	Déterminants socioculturels	19
2.5.4	Déterminants institutionnels.....	20
2.6	Tendances européennes et internationales en matière de politique de santé psychique....	20
2.6.1	Recommandations à caractère international.....	20
2.6.2	Bases théoriques et tendances actuelles sur le plan international.....	21
3	Données relatives à la santé psychique et à la fréquence, à l'étendue et aux conséquences des troubles psychiques	25
3.1	La santé psychique dans la population en Suisse.....	25
3.1.1	Bien-être psychique des enfants et adolescents et leur gestion des contraintes	25
3.1.2	Bien-être psychique des adultes jusque dans le 4ème âge et formes de maîtrise des problèmes psychiques	26
3.1.3	Phénomènes migratoires.....	27
3.1.4	Expériences de la violence et de victimisation	27
3.2	Fréquence des troubles psychiques	27
3.2.1	Troubles psychiques chez les enfants et les adolescents.....	27
3.2.2	Troubles psychiques chez les adultes.....	27
3.2.3	Troubles psychiques durant la vieillesse.....	28
3.3	Mortalité.....	29
3.4	Conséquences de la maladie (burden of disease)	31
3.4.1	Performances et capacité de travail.....	31
3.4.2	Maladie psychique et rente d'invalidité.....	31
3.5	Qualité de vie des malades psychiques chroniques	32

4	Offres de prise en charge et recours aux soins - coûts et financement de la santé de la maladie psychique.....	33
4.1	Offre.....	33
4.1.1	Offres de promotion de la santé et de prévention.....	34
4.1.2	Travail bénévole, aide à soi-même (entraide), participation des malades et des proches....	34
4.1.3	Offre de soins en médecine générale et en psychiatrie	35
4.1.4	Offres de formation de base, continue et de perfectionnement en psychiatrie, psychothérapie, soins et travail social.....	36
4.2	Recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques	37
4.2.1	Traitements en pratique privée	38
4.2.2	Traitement hospitalier et semi-hospitalier de personnes souffrant d'une maladie psychique	38
4.2.3	Soins infirmiers psychiatriques ambulatoires.....	38
4.2.4	Mesures prises contre de la volonté des patients.....	39
4.3	Coûts et financement de la santé et de la maladie psychiques	39
4.3.1	Coûts de la protection et de la promotion de la santé psychique.....	40
4.3.2	Coûts des structures de prise en charge psychiatrique ambulatoires et hospitalières	40
4.3.3	Financement des structures de prise en charge psychiatrique hospitalières et ambulatoires.....	41
4.3.4	Coûts économiques des troubles psychiques	42
5	Bilan, analyse de la nécessité d'agir et pistes de solutions	43
5.1	Résumé et bilan	43
5.2	Nécessité d'agir et pistes pour des solutions	44
6	Recommandations	51
6.1	Coordination et coopération nationales et internationales.....	53
6.1.1	Coordination et coopération régionales, supra-régionales et nationales	53
6.1.2	Coordination internationale	54
6.2	Coordination et coopération multisectorielles	55
6.3	Identification du problème, monitoring continu et synthèse des données disponibles	56
6.4	Information et sensibilisation de la population.....	58
6.5	Promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail	59
6.6	Détection précoce des maladies psychiques et interventions visant à maintenir l'intégration sociale, scolaire et professionnelle et prévenir l'invalidité	61
6.7	Promotion de l'entraide, de l'aide bénévole, du soutien des proches et de la participation des personnes concernées à tous les niveaux du système de santé.....	63
6.8	Développement de la qualité des offres de soins en médecine générale, en psychiatrie et psychothérapie	65
6.8.1	Développement des offres de soins psychiatriques et psychothérapeutiques.....	65
6.8.2	Offre de soins coordonnés	68

6.8.3	Planification conforme aux besoins	70
6.9	Adaptation de la législation	71
6.10	Promotion de la relève; recherche et développement.....	73
6.10.1	Promotion de la relève	73
6.10.2	Recherche et développement.....	75
6.11	Résumé des objectifs	77
7	Propositions pour à la mise en oeuvre.....	83
8	Bibliographie	87

Partie A:
Cadre de référence

1 Introduction

1.1 Orientation générale de la stratégie

Afin de protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique, la stratégie adopte une perspective de santé publique¹. Cette démarche se fonde sur une compréhension intégrée de la santé et de la maladie et prend en compte le fait que la santé psychique est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et économiques. Afin de réduire de manière durable l'incidence et la prévalence des troubles psychiques évitables, cela ne suffit pas de prendre des décisions au sein des institutions de santé, mais il faut pouvoir compter sur une politique d'ensemble. Celle-ci définira notamment des conditions cadres pour l'intégration sociale de la population sur les plans de la famille, de l'école et de la formation ainsi que du travail.

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

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

1.2 Objectifs de la stratégie

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

La Confédération et les cantons devraient, en coopération avec leurs partenaires dans les domaines de la santé, de la formation et de l'économie, concrétiser les recommandations du plan d'action proposé en

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

tenant compte des besoins propres des régions, afin que les objectifs suivants puissent être atteints dans l'espace des dix prochaines années :

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

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

1. Coordination et coopération nationales et internationales
2. Observation du problème, surveillance continue et synthèse des données disponibles
3. Coordination multisectorielle
4. Prise de conscience de la population par rapport à la santé et aux maladies psychiques
5. Promotion de la santé psychique dans les contextes de la famille, de la formation et du travail
6. Dépistage et interventions précoces en cas de maladies psychiques, maintien de l'intégration scolaire ou professionnelle et prévention de l'invalidité
7. Promotion de l'aide à soi-même et de l'entraide ; soutien des proches et développement de la participation des organisations de patients et de proches à tous les niveaux du système de santé
8. Développement de la qualité des offres de traitements visant à guérir et à réhabiliter les personnes souffrant de maladies psychiques
9. Adaptation de la législation
10. Encouragement de la relève de professionnels en médecine, psychiatrie, soins infirmiers, psychologie et travail social ; promotion de la recherche et du développement.

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

1.3 Développement de la stratégie

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

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

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

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

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

1.4 Survol des différents chapitres

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

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

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

Les sous-chapitres suivants traitent, lorsque c'est possible, des coûts engendrés par la protection et la promotion de la santé psychique, des coûts et du financement de l'approvisionnement en soins psychiatriques ambulatoires et hospitaliers ainsi que des conséquences économiques des troubles

psychiques. La fin du chapitre est consacrée à une récapitulation des besoins de rattrapage en matière de protection, de promotion, de maintien et de rétablissement de la santé psychique.

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

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

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

Tableau 1: Structure de la stratégie

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

Partie D. Annexe

L’**annexe I** contient une bibliographie

2 Bases de la stratégie

2.1 Définition de la santé psychique

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

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

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

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

Une **crise psychique** est une réaction humaine normale par rapport à un événement imprévu et critique de la vie (par ex. problèmes relationnels, perte d'emploi, grave maladie, accident, mort, catastrophe naturelle, attentat, etc.). Les proches et les amis peuvent également, tout comme la personne directement concernée, réagir par une crise psychique. Les symptômes d'une crise se manifestent par l'agitation et la nervosité jusqu'à la confusion et à un comportement inadéquat. Lorsqu'elles sont maîtrisées, les crises peuvent par exemple renforcer le sentiment de sa valeur personnelle et conduire à une plus grande confiance dans la vie. Les crises psychiques peuvent aussi avoir des effets négatifs et nuisibles pour la santé. Une aide apportée à temps protège, favorise et maintient la santé psychique de la personne concernée et celle des personnes qui lui sont proches (Aguilera, 2000).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Les valeurs fondamentales

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

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

Les objectifs stratégiques, les mesures proposées et les adaptations de lois compris dans la stratégie exigent de créer un équilibre approprié entre la protection de l'intégrité d'une personne, ses droits à la

liberté et le besoin de protéger la santé des autres. Les objectifs stratégiques tiennent compte des valeurs fondamentales suivantes:

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

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

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

Solidarité: une attitude solidaire est nécessaire pour prendre conscience de ses propres responsabilités face aux individus, au sein des communautés et entre elles. Ce comportement influence la qualité de vie de tous les individus dans n'importe quel système social. La solidarité vécue signifie acceptation réciproque et soutien.

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

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

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

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

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

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

Recherche sur les ressources

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

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

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

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

Enfants et adolescents

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

Adultes

L'âge adulte se recoupe avec les années de vie active. La plupart des adultes, 66%, exerce aujourd'hui en Suisse une activité professionnelle (ESPA, 2002). La santé psychique des adultes réclame un équilibre permanent entre travail, obligations sociales envers la jeune et l'ancienne générations ainsi que du temps pour leur propre régénération (work-life-balance). Cet équilibre à trouver est en premier lieu l'affaire de l'individu. Les employeurs peuvent néanmoins, en favorisant des horaires de travail plus flexibles, des conditions de travail propices à la vie de famille et le travail à temps partiel pour les personnes plus âgées, atténuer ces contraintes psychosociales. De même, les transitions entre les phases de la vie sur le plan de l'activité professionnelle sont souvent des étapes délicates pour la santé psychique. Pensons particulièrement à l'entrée dans le monde du travail, aux moments où se cumulent le travail et les obligations familiales, ainsi que les années qui précèdent la retraite.

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

Personnes dans le troisième et le quatrième âge

Du fait que l'espérance de vie augmente, un nombre croissant de personnes vivent non seulement plus longtemps mais restent aussi plus longtemps actives et en bonne santé. Cela s'explique par les progrès économiques, sociaux et médicaux (Höpflinger, 2003). La vieillesse recouvre souvent plusieurs dizaines

d'années de vie. Il s'agit alors de différencier et distinguer les problèmes par groupes d'âges : de 60 à 75 ans, de 76 à 90 ans, de 90 à 100 ans voire au-delà (Rosenmayr, 2002). La santé psychique des personnes âgées est influencée par de nombreux facteurs : L'habitat, l'accès aux soins médicaux, la prévoyance vieillesse, la mobilité, les relations sociales, etc. sont autant de facteurs qui déterminent la santé psychique et la capacité des personnes âgées de maintenir leur indépendance.

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

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

La famille et les autres formes de vie en commun

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

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

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

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

Migration

Les migrations et autres formes de déplacements dans un autre pays entraînent par nature des effets positifs et négatifs sur la santé psychique des migrants et de leur famille. Les orientations stratégiques pour la Confédération pour les années 2002 à 2006 tiennent compte des effets des phénomènes migratoires sur la santé. L'insécurité et l'isolation rendent particulièrement fragiles les individus

appartenant à d'autres cultures. Des problèmes psychiques peuvent surgir au sein de toutes les générations et à toutes les étapes de la vie (OFSP, Migration et santé, 2002).

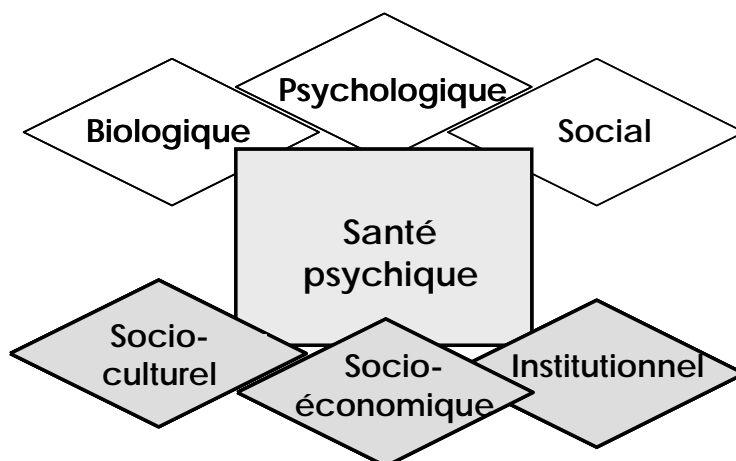
2.5 Déterminants de la santé psychique

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

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

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

Figure 1 : Déterminants de la santé psychique



2.5.1 Déterminants bio-psycho-sociaux

Les adaptations auxquelles l'être humain doit procéder tout au long de sa vie (cf. 2.4) sont d'ordre biologique, psychologique et social. Les facteurs biologiques concernent des processus génétiques, neurologiques et biochimiques. Les facteurs psychosociaux ont trait au bien-être psychique, au

sentiment de pouvoir maîtriser son existence (capacité de contrôle interne), et se rapportent également aux relations sociales dans le cadre de la famille, de l'école, du travail et des loisirs.

2.5.2 Déterminants socio-économiques

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

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

Dans un contexte de mutations sociales, les ruptures dans la vie professionnelle se multiplient. Si le travail peut être stressant, le chômage constitue le plus grand facteur de stress. Il a plutôt augmenté chez les hommes et légèrement diminué chez les femmes. Ce qui frappe, c'est que des personnes jeunes et bien qualifiées sont de plus en plus touchées. Plus de la moitié des personnes actives quitte son emploi au moins une année avant l'âge de la retraite. Les raisons principales invoquées sont les restructurations d'entreprises et des motifs de santé (OFS, ESPA, 2002).

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

2.5.3 Déterminants socioculturels

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

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

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

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

Afin d'être complet, il convient également de mentionner sous ce point les conceptions et pratiques religieuses et spirituelles. Si elles s'expriment positivement, ces facteurs peuvent renforcer la santé psychique mais parfois aussi, inversement, augmenter le risque de développer un trouble psychique (Illés, Abel, 2002).

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

2.5.4 Déterminants institutionnels

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

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

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

2.6.1 Recommandations à caractère international

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

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

Tableau 2: Recommandations internationales en matière de santé psychique

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

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

2.6.2 Bases théoriques et endances actuelles sur le plan international

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

Santé, formation, sécurité sociale, justice, économie

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

Encourager une approche de «santé publique»

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

Problèmes de l'actuelle offre de soins

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

Réformes proposées

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

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

Tableau 3 : Exemples de la continuité horizontale et verticale

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

Source : Schunke, 2003

Etendue de la coopération

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

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

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

Niveaux et répartition des compétences

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

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

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

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

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

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

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

3.1 La santé psychique dans la population en Suisse

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

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

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

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

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

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

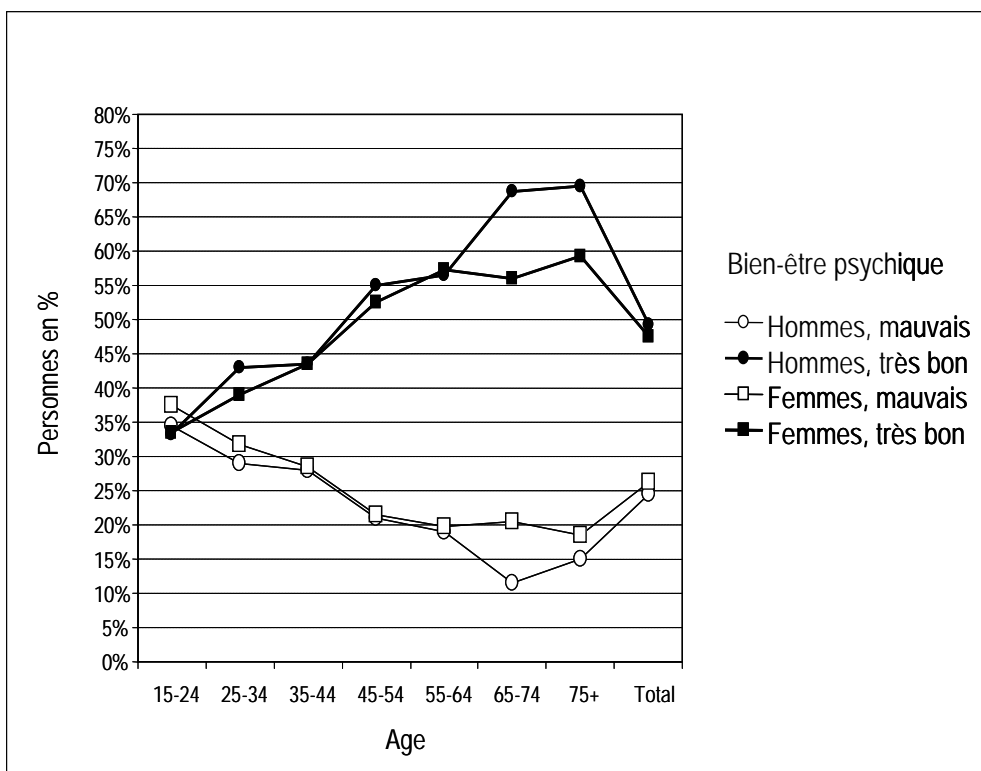
L'équipe de chercheurs de SMASH 2002 constatent des évolutions préoccupantes en relation avec tous les domaines du comportement de santé des adolescents. La consommation de drogues légales et illégales s'est fortement accrue entre 1993 et 2002. La consommation d'alcool (une fois ou plus par semaine)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

3.1.2 Bien-être psychique des adultes jusque dans le 4ème âge et formes de maîtrise des problèmes psychiques²

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

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

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



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

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

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

3.1.3 Phénomènes migratoires

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

3.1.4 Expériences de la violence et de victimisation

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

3.2 Fréquence des troubles psychiques

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

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

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

3.2.1 Troubles psychiques chez les enfants et les adolescents

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

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

3.2.2 Troubles psychiques chez les adultes

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

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

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

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

Source: Ajdacic, Graf, 2003

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

3.2.3 Troubles psychiques durant la vieillesse

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

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

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

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

3.3 Mortalité

La mortalité liée aux maladies psychiques est relativement faible, mais on doit constater que le taux de suicides est particulièrement élevé en Suisse. Le suicide³ vient au deuxième rang des causes de décès chez les jeunes. Dans les autres groupes d'âge, le suicide occupe une des premières places si l'on compte les années de vie perdues. Le suicide est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. En 1999, en Suisse, 929 hommes et 367 femmes se sont enlevé la vie, ce qui correspond à 27 suicides sur 100'000 hommes et à 10 suicides sur 100'000 femmes (OMS, 2003).

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

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

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

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

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

Source: OMS mental health – prévention du suicide, 2003

Les tentatives de suicide doivent être estimées à un nombre nettement plus élevé. On les estime à entre 8'000 et 15'000 par an en Suisse. Les études les plus approfondies des tentatives de suicide ont été menées par le groupe de recherche de K. Michel et al. (Ajdacic, Graf, 2003) en collaboration avec l'OMS-Europe. Pour l'instant, cette collaboration internationale a lieu avec un groupe à Bâle (Eichhorn). A l'inverse du suicide accompli, les tentatives de suicide et les pensées suicidaires sont liées au développement de la personnalité et se rencontrent plus fréquemment chez les jeunes personnes ; elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Les pensées suicidaires (et de mort) figurent parmi les principaux symptômes de la dépression.

3.4 Conséquences de la maladie (burden of disease)

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

3.4.1 Performances et capacité de travail

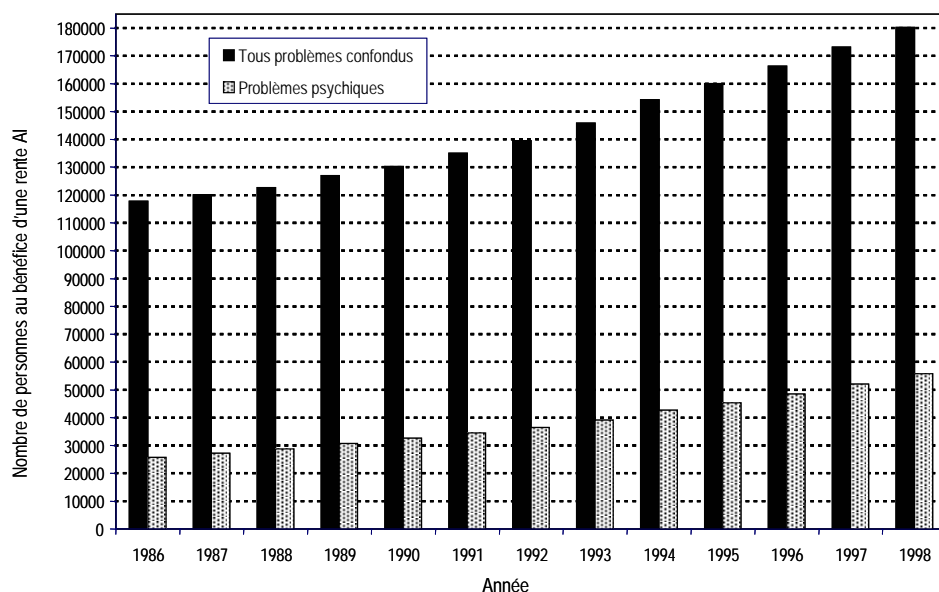
Les personnes souffrant de graves problèmes psychiques sentent que leurs performances individuelles sont compromises et 20 % environ sont portés malades pour une durée indéterminée. Les hommes et les femmes en proie à des problèmes psychiques sont plus fréquemment au chômage et plus nombreux à toucher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

3.4.2 Maladie psychique et rente d'invalidité

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

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

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



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

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

3.5 Qualité de vie des malades psychiques chroniques

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

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

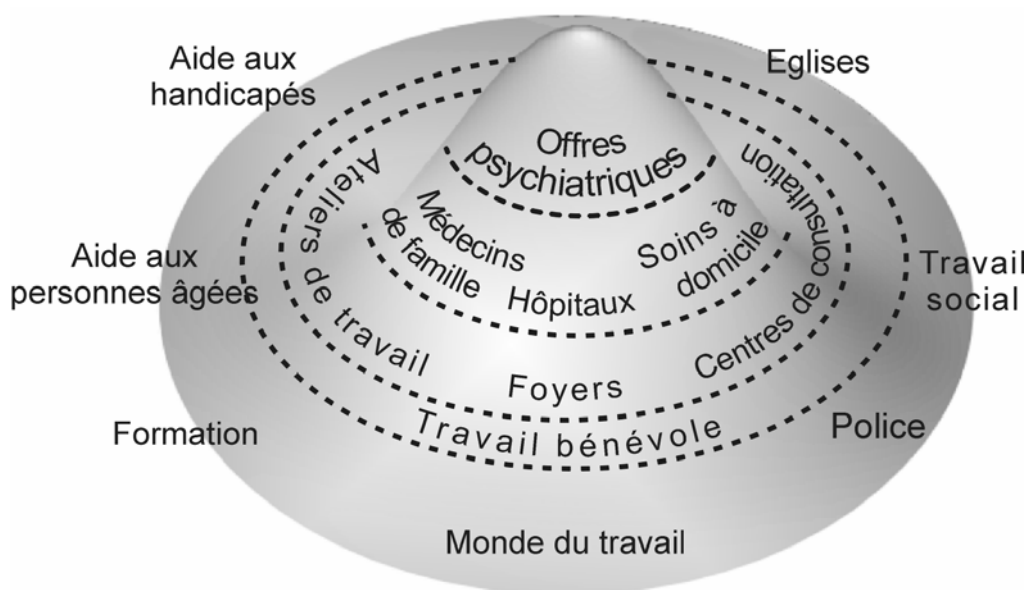
Ce chapitre réunit les principales informations sur les offres de prise en charge, le recours aux soins ainsi que sur les coûts et le financement des mesures visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique. Il met en évidence les problèmes en se basant sur les publications qui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

4.1 Offre

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

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

Figure 4 : Le réseau des offres de soins



4.1.1 Offres de promotion de la santé et de prévention

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

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

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

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

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

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

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

Un groupe de proches dont il n'est pas suffisamment tenu compte, et qui a été maintes fois mentionné lors des journées consacrées au développement de la stratégie, est constitué par les **enfants de parents malades psychiques**. Ces enfants vivent souvent dans des conditions psychosociales

difficiles. L'hospitalisation répétée d'un des parents engendre des séparations désécurisantes. Elles sont particulièrement déstabilisantes lorsqu'il s'agit d'une mère psychiquement malade qui élève seule son enfant. Des structures d'accueil désignées sont souvent appelées à contrôler que les enfants se portent bien. Ce contrôle est vécu par le parent psychiquement malade comme une menace permanente de retrait de la garde des enfants et engendre à son tour des tensions. Dans ces conditions, il est nécessaire d'offrir un soutien aux parents et des aides concrètes aux enfants (cf. Journées de travail).

4.1.3 Offre de soins en médecine générale et en psychiatrie

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

Médecins en libre pratique

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

Services psychiatriques semi-hospitaliers et hospitaliers

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

Réadaptation psychiatrique

Le développement, le maintien et le rétablissement des capacités sociales, scolaires, professionnelles et des aptitudes qui permettent de gérer les difficultés de la vie quotidienne devraient concerner l'ensemble des prestations psychosociales et psychiatriques. Sous l'influence des réformes psychiatriques, les mesures de réinsertion des malades et invalides psychiatriques a été mise entièrement sous la responsabilité de l'assurance invalidité et de l'aide sociale. Les offres de réinsertion professionnelle des malades psychiques et des handicapés en raison de troubles psychiques sont financées principalement par l'assurance-invalidité, par l'aide sociale et par les institutions sociales spécialisées. A l'heure actuelle, les établissements, ateliers de travail et centres de jour assurent la réinsertion sociale et professionnelle. En 2002, la Suisse disposait de 5'222 places dans les établissements et centres de jour pour des handicapés en raison de problèmes psychiques, soit 22 % de 23'406 places au total. Durant la même période, il y avait en Suisse 7'572 places en ateliers de travail

pour les handicapés suite à des problèmes psychiques, soit 31 % de 24'102 places (OFAS, planification des besoins 2004-2006).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques

La pression croissante du mal-être, le fait que l'on parvient mieux à diagnostiquer les maladies et les meilleures possibilités de traitement ainsi qu'une compréhension plus globale de la santé ont vraisemblablement conduit au fait que durant ces dernières années on a enregistré un accroissement notable du nombre des traitements psychiatriques. Sur 80.6 millions de diagnostics posés durant l'année 2001 par les médecins en cabinet en Suisse, 11% se rapportent à des troubles psychiques (IHA-IMS Health, 2002). Les dépressions, les troubles anxieux et la dépendance à l'alcool sont les diagnostics psychiques les plus fréquents (Ajdacic, Graf, 2003).

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

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

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

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

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

Pourcentages calculés par pondération des valeurs d'échantillonnage.

Valeurs entre parenthèses quand N<10.

4.2.1 Traitements en pratique privée

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

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

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

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

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

Activité professionnelle et hospitalisation psychiatrique

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

4.2.3 Soins infirmiers psychiatriques ambulatoires

Les soins psychiatriques ambulatoires jouent un rôle central dans la prise en charge de personnes âgées souffrant de plusieurs maladies. Selon Abderhalden, Lüthi, Mazzola, et al., 2003, au moins 45 % des patients bénéficiant de soins à domicile dans les cantons de Zurich et de Saint-Gall souffrent de troubles

psychiatriques. Une partie des malades concernés a besoin de soins professionnels et d'un suivi effectué par des soignants ayant une formation psychiatrique.

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

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

4.2.4 Mesures prises contre de la volonté des patients

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

Des mesures de contrainte ont lieu en cas de situations d'urgence psychosociale ou somatique, qu'il s'agisse d'adultes, d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées désorientés. C'est dans le domaine psychiatrique que les mesures de contrainte s'imposent le plus fréquemment. D'après des extrapolations, 15'534 patients auraient été hospitalisés en 2000 contre leur volonté dans des hôpitaux et cliniques psychiatriques. Cela représente 29 % de toutes les entrées. Parmi celles-ci, il y a eu 9'948 hospitalisations forcées (18.6% de toutes les admissions) avec privation de liberté à des fins d'assistance selon l'art. 397a du Code civil suisse. 5'586 autres hospitalisations forcées (10.5%) ont été décidées sans privation de liberté. Le pourcentage d'hospitalisations forcées varie selon les cantons de 15 à 50 %. Cela signifie que l'application de la privation de liberté à des fins d'assistance ainsi que la manière de traiter les malades psychiques gravement atteints sont différentes d'un canton à l'autre (Christen & Christen, 2003).

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

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

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

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

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

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

Il n'y a que très peu de chiffres disponibles concernant les coûts de la promotion de la santé et de la prévention dans le domaine de la santé psychique. En Suisse, les dépenses de santé atteignent au total 46 milliards de francs. Environ un milliard de francs est dépensés au titre de l'administration de la promotion de la santé et de la prévention, tant par la Confédération que les cantons, les communes et les institutions privées et publiques (OFS, Coûts du système de santé, 2003 – Pharma Information 2003). Une très petite partie, à savoir 3 à 5 % des programmes et projets de promotion de la santé et de prévention, concerne des aspects de la santé psychique (Bruhin, 2002).

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

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

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

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

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

Source: Beeler, Lorenz, Szucs, 2003

* sans la réadaptation et la réintégration psychiatriques

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

Pour les soins psychiatriques hospitaliers, **l'évolution des coûts** durant ces dernières années est en régression, aussi bien en chiffres absolus qu'en pourcentages par rapport aux coûts totaux de la santé (OFS, Coûts du système de santé, 2002). En revanche, on enregistre pour les psychothérapeutes une augmentation de 25 % des coûts, de 119.5 à 149.4 millions de francs entre 1995 et 2000 (OFS, Coûts

du système de santé, 2003), et de 20 % chez les psychiatres entre 1997 et 2002 (pool de données de santé suisse /analyse Obsan). Cette augmentation est en majeure partie imputable à l'augmentation du nombre des prestataires de soins actifs dans le domaine ambulatoire. Le total des dépenses relatives aux prestations de soins à domicile ambulatoires à charge des assureurs-maladie a progressé d'un bon 26 % (de 209 à 264 millions) entre 1998 et 2001 (OFAS, 2003b).

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

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

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

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

Prestataires de soins	Payeur direct											TOTAL
	Etat			Assurances sociales					Assurances privées	Ménages privés	Autre financement privé	
	Can-tons	Com-mu-nes -	Total	LAMal	LAA	AI-AVS	Assu-rance mili-taire	Total				
Psycho-thérapie ambulatoire				396		11.8	0.1	407.9		137.5		545.4 ⁴
Hôpitaux et cliniques psychiatriques	526.1	27.4	553.5	593.2			2.4	595.6	218.9	101.9		1'469.9
TOTAL	526.1	27.4	553.5	989.2	0	11.8	2.5	1'003.5	218.9	239.4	0	2'015.3

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

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

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

4.3.4 Coûts économiques des troubles psychiques

Il est assez difficile de fournir des données tant soit peu fiables sur les coûts économiques engendrés par les troubles psychiques. Il existe à ce sujet quelques rares études internationales. Une étude canadienne évalue que les souffrances psychiques ont coûté en 1998 14.4 milliards de francs aux citoyens de ce pays (Stephens, Joubert, 2001). Une autre étude allemande chiffre les coûts imputables annuellement aux jours de travail perdus par suite de maladies psychiatriques à un peu moins de 5 milliards de DM (Kuhn, 2000). L'Organisation internationale du travail (OIT) a commandé une étude comparative entre différents pays et arrive à la conclusion que les coûts consécutifs à des maladies psychiques s'élèvent en moyenne pour la société entre trois à quatre % du PIB (Gabriel, Liintaimanen, 2000). Selon ces études, deux tiers des coûts sont imputables à des baisses de productivité. Un tiers des coûts résulte de longues absences au travail (Lachenmeier, 2002). Tous les pays affichent en commun une prise de conscience croissante du problème et des taux d'accroissement alarmants des personnes bénéficiant de prestations des assurances sociales de l'Etat en raison de troubles psychiques.

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

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

5.1 Résumé et bilan

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

Santé psychique et importance des troubles psychiques

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

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

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

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

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

Offre de soins et fréquence du recours à des traitements

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

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

- Des lacunes existent premièrement dans les moyens de détection et de traitement précoces ainsi que pour maintenir aux personnes concernées leur intégration professionnelle. Il manque également un programme national de prévention du suicide.

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

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

Coûts

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

5.2 Nécessité d'agir et pistes pour des solutions

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

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

La santé psychique est le résultat d'interactions complexes entre des déterminants biologiques, psychologiques, socio-économiques, socioculturels et institutionnels de la santé. La santé psychique

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

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

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

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

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

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

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

- Les deux enquêtes sur la santé des écoliers (HBSC) et des adolescents (SMASH) recommandent d'améliorer la promotion de la santé dans le contexte de la famille et d'accroître les compétences des jeunes en matière de stratégies de gestion des difficultés. Par exemple, ils devraient apprendre à savoir utiliser des techniques de gestion du stress plutôt que de se tourner dans ce but vers l'usage de diverses drogues. Les pairs devraient pouvoir motiver leurs camarades à un comportement favorable à la santé. Les institutions scolaires devraient mieux valoriser les aspects de respect de soi et de solidarité. Enfin, les jeunes ont souvent besoin d'aide afin de savoir s'orienter.
- Malgré le fait qu'avec l'âge l'estimation subjective du bien être psychique va croissant, il est nécessaire de propager la promotion de la santé et la prévention destinée à la population vieillissante. Selon Höpflinger (2003), il est possible avec des moyens appropriés de retarder de deux années d'ici à l'an 2030 l'âge moyen d'apparition de la démence sénile. Ce seraient ainsi près de 20'000 personnes en moins qui nécessiteraient une prise en charge suivie. Une promotion de la santé et une prévention qui débutent suffisamment tôt peuvent ainsi réduire sensiblement l'ampleur du besoin de soins.
- Quand bien même on ne sait finalement pas grand-chose des raisons et des facteurs qui mènent au suicide, il est possible de diminuer le taux élevé de suicides dans notre société. Une prévention du suicide efficace repose sur la combinaison de mesures visant à mieux savoir maîtriser les événements difficiles de la vie, une meilleure information générale et des mesures de traitements plus adéquates.

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

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

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

Aide à soi-même, entraide et participation des intéressés: Dans les questions complexes liées à la planification de l'offre de soins, on sous-estime actuellement beaucoup la contribution de l'aide à soi-même et de l'entraide. En particulier, une entraide organisée peut jouer un rôle particulièrement important pour l'amélioration de la qualité de la vie des personnes touchées par des troubles et pour leurs proches. Avec la fondation de la première organisation de patients en 1979, la Suisse a joué un rôle de pionnier. Pourtant, la mise sur pied de structures d'entraide, la participation et la défense des intérêts des patients restent encore actuellement très peu développées en Suisse en comparaison d'autres pays. Selon une enquête (Cathieni, Wang, Peer, et al., 2003) auprès des citoyens/patients et acteurs du système suisse de santé, l'évolution future devrait conduire à meilleure prise de conscience de la santé par la population et à des droits mieux reconnus pour les patients. Il en résultera des missions nouvelles à remplir en matière de codécision et de participation.

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

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

Il y a un besoin d'agir urgent à la charnière entre le traitement et les mesures de réadaptation. Celles-ci sont peu orientées vers la promotion de la qualité de vie des malades psychiques (les personnes sont

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

Lacunes dans le pilotage de l'ensemble: Une approche orientée selon les besoins de la population, visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique pose l'exigence de la coopération en réseau de nombreux acteurs. Cela présuppose des processus de pilotage différents de ceux qui prédominent actuellement. Il importe de plus s'orienter sur les conditions à remplir pour atteindre le succès d'un objectif de traitement plutôt qu'aux conditions statiques définies par le contexte institutionnel des prestataires de soins. Les mécanismes de pilotage suivants sont particulièrement pertinents pour la stratégie de la santé psychique:

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

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

- Les compétences individuelles et sociales sont à renforcer chez toutes les générations et dans toutes les phases de la vie. De même, les conditions de vie pour les familles, dans les écoles et dans les entreprises peuvent être plus satisfaisantes, améliorant ainsi les déterminants **psychosociaux**. L'ensemble de la population peut mieux maîtriser les contraintes psychosociales. Nous n'abordons pas ici les facteurs biologiques car ils ne peuvent guère être influencés par une stratégie de politique de la santé.
- L'intégration familiale, sociale et professionnelle sont encouragées afin d'améliorer les déterminants **socio-économiques**. En conséquence, moins d'individus subiraient en Suisse des préjudices par suite de désinsertion.
- Les connaissances et l'attitude du monde politique et de la population face à la santé et à la maladie psychique sont à renforcer dans le but d'améliorer les déterminants **socioculturels**. Les bénéfices

d'une société socialement constructive et économiquement productive doivent être reconnus. La population saisisrait ainsi mieux quand et de quelle aide elle a besoin.

- Les offres et la législation sont à développer dans le but d'améliorer les déterminants **institutionnels**. Les conditions de vie peuvent être améliorées, les offres être plus transparentes, qualitativement meilleures et le recours approprié à l'aide professionnelle augmenter.

Partie B:
Plan d'action

6 Recommandations

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

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

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

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

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

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

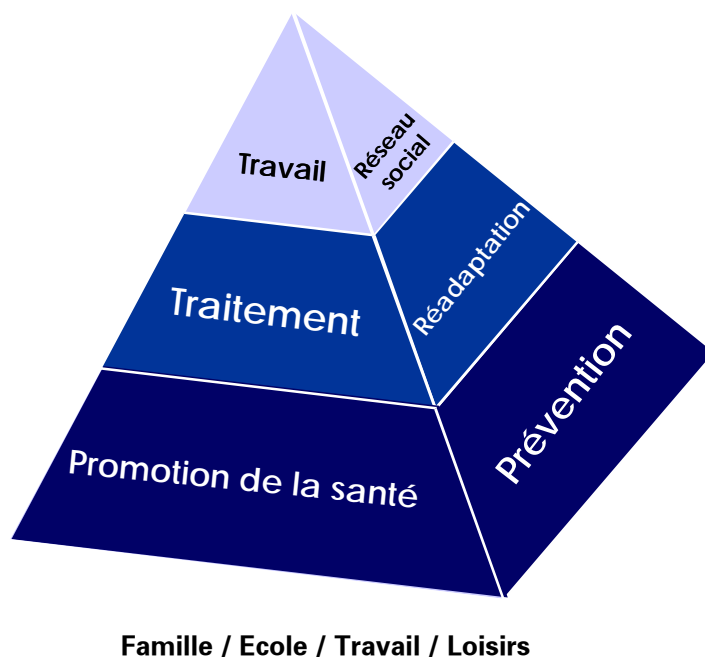
Les priorités et les étapes ont été fixées d'après les critères suivants:

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

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

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

Figure 5: approche de santé publique



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

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

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

6.1 Coordination et coopération nationales et internationales

6.1.1 Coordination et coopération régionales, supra-régionales et nationales

Situation de départ

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

Objectif

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

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

Actions

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

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs d'atteinte des buts

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

6.1.2 Coordination internationale

Situation de départ

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

Objectif

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

Actions

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

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

- OFSP
- OFAS

- OFS /Obsan
- CDS
- CDAS
- cantons

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

6.2 Coordination et coopération multisectorielles

Situation de départ

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

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

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

Objectifs

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

Actions

- Les ressources psychosociales et socio-économiques sont renforcées par des mesures intersectorielles et les contraintes pesant sur la santé psychique sont allégées, dans la famille, à l'école et au travail.
- Grâce à des programmes coordonnés, les stratégies englobant la famille, la formation, l'économie, la sécurité sociale et l'environnement contribuent à la santé psychique.

Compétences / Responsabilités

Décideurs politiques dans les domaines suivants

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

Administrations

- Offices fédéraux, cantons, communes

Organismes spécialisés

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

Priorités / Etapes

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but

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

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

Situation de départ

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

Objectifs

La Suisse améliore la qualité des systèmes d'information généraux et spécifiques permettant de collecter des données sur la santé psychique et les maladies psychiques. Ces systèmes se fondent sur des données valables, fiables, d'ordre général et spécifique et sur des analyses. Ils garantissent la continuité, permettent d'identifier à temps des évolutions liées à la santé psychique et constituent le fondement d'une prise en charge orientée vers les besoins.

Actions

- Les sources d'information existantes, qu'elles soient fournies ou financées par l'Etat, représentatives pour la Suisse ou exhaustives, doivent être fiables et il faut continuer à les financer en les dotant au moins des mêmes ressources que jusqu'ici. Cela concerne en particulier l'Enquête

suisse sur la santé (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, le Panel suisse de ménages, les statistiques des établissements hospitaliers de l'OFS. En font également partie d'Enquête suisse sur la population active (ESPA) et l'enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 16 ans en Suisse.

- L'accès aux statistiques privées concernant le système de santé doit être garanti pour les institutions étatiques ; autrement dit, l'Observatoire suisse de santé (Obsan) doit pouvoir accéder à ces banques de données et effectuer des analyses pour la Confédération et les cantons. Cet accès existe déjà partiellement (pool des données de santésuisse) mais il peut aussi être lié à d'énormes coûts (par ex. banque de données de IHA-IMS Health), ou alors il faut préparer à temps la saisie des données (par ex. relevés effectués par les centres fiduciaires des données du TARMED gérés par les sociétés médicales).
- L'Obsan reçoit mandat de la Confédération et des cantons d'effectuer régulièrement des analyses sur la santé psychique et les maladies psychiques de la population en Suisse et d'améliorer ce monitoring en l'adaptant aux besoins.
- Au cours de la prochaine Enquête suisse sur la santé et de celle sur les comportements de santé des élèves en Suisse, des instruments de mesure sûrs, fiables et internationalement reconnus seront utilisés pour le relevé des troubles psychiques.
- Les besoins non encore couverts d'information et d'analyse concernant la santé psychique, les troubles psychiques et le suicide sont abordés dans le cadre d'un programme national de recherche piloté par le Fonds national suisse pour la recherche scientifique.

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but

- Le monitoring continu comprend les éléments suivants :
 - a) Données sur les déterminants de la santé psychique
 - b) Epidémiologie des maladies psychiques et du suicide
 - c) Recours aux différentes prestations du système des soins
 - d) Conséquences socio-économiques des maladies psychiques fréquentes et graves
- Les sources de données et les instruments de mesure sont fiables, valables et internationalement comparables.

- Les rapports sur la santé psychique faisant l'objet d'une publication sont connus dans les administrations, par les professionnels et par les organisations regroupant les personnes concernées.

6.4 Information et sensibilisation de la population

Situation de départ

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

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

Pourtant, les avis suivants prédominent chez les personnes interrogées:

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

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

Objectifs

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

Actions

- Des campagnes d'information et de sensibilisation quant à l'importance de la santé psychique et aux offres d'aide et de thérapie, leurs possibilités et leurs limites, sont conçues, planifiées et réalisées à différents niveaux et pour différents groupes de population.

- Les médias informent de manière ciblée sur les problèmes de stigmatisation et les dangers de discrimination des malades psychiques, ils sont activement impliqués et encouragés à avoir des contacts directs avec des institutions et des malades psychiques.

Priorités / Etapes

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

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

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

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

Situation de départ

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

La promotion de la santé s'avère la plus efficace lorsqu'elle est mise en oeuvre tout au long des étapes de la vie (enfance, adolescence, âge adulte, troisième et quatrième âge), qu'elle est intégrée dans les différents cadres de vie (setting) : à l'école, au travail, dans les soins primaires, etc., et qu'elle est planifiée à divers échelons (local, régional et national, etc.).

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

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

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

Objectifs

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

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

Actions

- En Suisse, le développement de concepts de promotion de la santé psychique tout au long des différentes étapes de la vie est poursuivi en fonction d'une approche par les milieux de vie :
 - a) Les institutions de formation favorisent un apprentissage global (transmission du savoir, compétences émotionnelles et sociales)
 - b) Les programmes de promotion de la santé dans les entreprises encouragent en particulier les compétences sociales, l'autonomie des personnes actives ainsi que l'équilibre entre travail, obligations sociales et temps de régénération
 - c) Programmes destinés aux personnes dans la cinquantaine et la soixantaine, en particulier liés au passage à la retraite.

- Il convient de promouvoir le transfert des connaissances, les bonnes pratiques en matière de développement de la personnalité et de renforcement des compétences sociales ainsi que la création de systèmes de soutien sociaux correspondant à toutes les étapes de la vie.
- Des programmes pour les groupes de population difficilement atteignables (par ex. familles, personnes dans le troisième ou le quatrième âge) sont développés.
- L'effet des mesures de promotion de la santé sur la santé psychique est scientifiquement vérifié.

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

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

Situation de départ

En principe, des offres spécifiques de détection des maladies psychiques et d'intervention précoce visant à l'intégration scolaire sont disponibles auprès des services psychologiques scolaires et

récemment aussi par l'introduction du travail social à l'école. Avec la campagne « Bündnis gegen Depression » (Alliance contre la dépression), la détection précoce de dépressions et une réponse appropriée peut aussi être aux adultes et aux personnes appartenant au troisième et au quatrième âge. Il faudrait continuer à développer de telles offres et les introduire dans d'autres régions.

En revanche, des services spécialisés d'intégration / insertion sociale, scolaire et professionnelle des personnes souffrant de problèmes psychiques (prévention de l'invalidité) ne sont pas suffisamment développés ou n'existent simplement pas.

Il faut reconnaître les lacunes existantes suivantes pour venir en aide aux personnes qui vivent dans des situations à risques multiples (vulnérabilité élevée):

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

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

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

Objectifs

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

Actions

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

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

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

Situation de départ

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

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

Soutien des proches: afin que les proches puissent assumer des fonctions de soutien d'un membre de famille psychiquement malade, il est important qu'ils soient eux-mêmes en bonne santé, vivent dans la sécurité matérielle et sachent où ils peuvent trouver de l'aide. Une meilleure reconnaissance de cette aide informelle est bénéfique pour tous. En tant que proches immédiats appartenant à la classe d'âge la plus jeune, les enfants de parents psychiquement malades ne sont guère pris en compte. Comme ils

grandissent dans des conditions psychosociales souvent difficiles, ils ont besoin d'un soutien particulier pour le maintien de leur santé et pour favoriser un développement le plus normal possible (cf. 4.1.2).

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

Objectifs

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

Actions

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

Priorités / Etapes

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

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

- OFSP
- OFAS

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

6.8 Développement de la qualité des offres de soins en médecine générale, en psychiatrie et psychothérapie ⁵

6.8.1 Développement des offres de soins psychiatriques et psychothérapeutiques

Situation de départ

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

Enfants et adolescents: le nombre de places de traitement ambulatoire et en hôpital n'est toujours pas suffisant, bien qu'il ait augmenté dans plusieurs cantons ces dernières années, et surtout il est réparti régionalement de manière très inégale. Il manque partout des services de psychiatrie légale pour les

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

jeunes ainsi que des services pour les enfants et adolescents toxico-dépendants psychiquement malades et/ou mentalement handicapés. Les patients de ces trois sous-groupes ne peuvent pas être pris en charge par des services généraux de psychiatrie d'enfants et d'adolescents. L'absence de telles places de traitement est encore aggravée à de nombreux endroits par le fait qu'une fois le traitement terminé, les enfants ne peuvent pas être renvoyés à la maison faute d'un suivi valable ou en raison du risque de mauvais traitements, et parce que les places pédagogiques nécessaires ailleurs ne sont pas disponibles, ce qui explique qu'en moyenne la durée de séjour dans les cliniques psychiatriques pour enfants est trop longue.

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

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

Evolution démographique: le diagnostic et le traitement adéquat de troubles psychiques de la vieillesse requièrent des connaissances particulières car les symptômes diffèrent de ceux de la psychiatrie générale de l'adulte et sont complexes. Les connaissances sur les troubles psychiques dans le grand âge se sont élargies grâce aux récentes découvertes neurobiologiques. En psychothérapie et dans les soins infirmiers, de nouvelles méthodes spécifiques ont été introduites. Le savoir spécifique en gérontopsychiatrie dont nous disposons aujourd'hui ne peut cependant être exigé ni de la psychiatrie générale ni de la médecine générale. Les malades psychiques âgés ont en premier lieu besoin d'une offre relationnelle de qualité professionnelle – ce sont des « soins de base » essentiels pour cette catégorie de patients. Cette prestation doit reposer sur des méthodologies de soins précises et sur une haute qualification. Les collaborateurs des services de soins à domicile ne possèdent cependant souvent pas ces qualifications professionnelles dans la mesure requise (Abderhalden, Lüthi, Mazzola, et al., 2003). Pour soulager les institutions résidentielles – hôpitaux généraux, cliniques psychiatriques et établissements – il faudrait investir plus dans la formation (géronto)psychiatrique des soins ambulatoires.

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

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

impliquant un niveau élevé de sécurité et de traitement pour les délinquants souffrant de troubles psychiques.

Objectifs

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

Actions

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

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

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

- Au moins dans les homes et foyers d'éducation subventionnés par l'Etat, les structures sont adaptées de telle manière que des admissions flexibles sont possibles.
- Lorsque cela s'avère nécessaire, les cantons constituent des commissions suprarégionales qui se mettent d'accord sur les besoins de développement des services psychiatriques d'enfants et d'adolescents, de réadaptation psychiatrique, de gérontopsychiatrie et de services spécifiques aux migrants.
- L'ouverture de cabinets psychiatriques pour enfants et adolescents et pour adultes est encouragée dans les régions périphériques.
- Les prestations de soins infirmiers psychogériatriques ambulatoires sont rendues disponibles dans toute la Suisse et leur financement est garanti.
- Les profils de prestations de l'offre de soins de base sont définis par des conventions (inter)cantoniales afin de faciliter l'utilisation des établissements ambulatoires et hospitaliers.

- Il faut prévoir pour chaque région linguistique une division de psychiatrie pénitentiaire pour les jeunes et pour les adultes ainsi que des offres de soins spécialisés hospitaliers pour les jeunes psychiquement malades, toxico-dépendants et/ou mentalement handicapés.

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

6.8.2 Offre de soins coordonnés

Situation de départ

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

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

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

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

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

Objectifs

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

Actions

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

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but

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

- Les personnes âgées psychiquement malades peuvent mourir dans la dignité.

6.8.3 Planification conforme aux besoins

Situation de départ

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

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

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

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

Objectifs

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

Actions

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

Priorités / Etapes

Elles sont définies par la CDS et les cantons

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

6.9 Adaptation de la législation

Situation de départ

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

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

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

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

organisations concernées les moyens nécessaires pour permettre la gestion appropriée d'une infrastructure adéquate.

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

Objectifs

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

Actions

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

Priorités / Etapes

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

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

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

Compétences / Responsabilités

- OFSP
- OFAS
- ASSM
- Office fédéral de la justice
- Commission nationale d'éthique en médecine humaine
- cantons
- Hôpitaux et cliniques psychiatriques, soins à domicile et institutions de réadaptation
- Organisations spécialisées en santé publique et du domaine social

- Pro Mente Sana, organisations d'entraide

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

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

6.10 Promotion de la relève; recherche et développement

6.10.1 Promotion de la relève

Situation de départ

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

Corps médical: La double fonction de guérison et de contrôle social exercée par les psychiatres pose des exigences éthiques et morales extrêmement élevées. Cette responsabilité et les compétences professionnelles qu'elle requiert n'est pas suffisamment reconnue par la société.

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

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

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

Objectifs

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

Actions

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

Priorités / Etapes

- **2005:** les organisations professionnelles et les cantons développent en commun des modèles incitatifs en vue d'augmenter l'attractivité du domaine d'activité professionnelle de la psychiatrie.
- **2005:** dans les nouvelles filières de formation des professions de la santé et du social, on intègre des programmes de formation de base, de perfectionnement et de formation continue avec une spécialisation en santé psychique.

Compétences / Responsabilités

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte du but

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

⁶ Professions psychologiques, voir aussi adaptation de la législation

6.10.2 Recherche et développement

Situation de départ

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

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

Objectifs

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

Actions

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

Priorités / Etapes

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

Compétences / Responsabilités

- OFSP
- OFES / GRS (Office fédéral de l'éducation et de la science / Groupement de la science et de la recherche)

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

Exemples d'indicateurs de l'atteinte des buts

- Des normes de qualité reconnues sont disponibles et utilisées dans la pratique.
- La recherche en matière de développement de la santé psychique est dotée de moyens financiers accrus.
- Le nombre de publications scientifiques consacrées à la santé psychique et à l'offre de soins augmente en Suisse.

6.11 Résumé des objectifs

Tableau 9: Objectifs des recommandations

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

Suite tableau 9

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

Suite tableau 9

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

Partie C:
Mise en oeuvre

7 Propositions pour à la mise en oeuvre

Qui assumera la responsabilité de la mise en oeuvre ?

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

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

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

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

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

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

La mise en oeuvre doit être encouragée à trois niveaux :

- Mise sur pied de projets modèles et de projets pilotes d'importance nationale⁷
- Création d'un forum pour le transfert du savoir
- Etablissement de rapports réguliers sur l'avancement de la stratégie et les progrès réalisés.

Quelques processus et projets innovateurs ont été menés avec succès durant la phase de développement de la stratégie. Ils initient déjà des actions préconisées par différentes recommandations en créant des synergies et en

servant de projets pilotes et de pistes pour des études plus approfondies (cf. genèse de la stratégie, annexe I). Des modèles de pratiques innovatrices donnent également des impulsions sur la manière de mettre en oeuvre les recommandations.

⁷ Par exemple :

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

Qui financera la mise en oeuvre?

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

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

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

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

Partie D: Annexe

8 Bibliographie ⁸

Aberhalden C, Lüthi R, Mazzola R, Wolf S, WE'G, Hrsg.. Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-Klientinnen/Klienten in den Kantonen Zürich und St. Gallen - Schlussbericht. Zürich; 2003.

Aebersold A, Schopfer C, Stitelmann J, Willequet P. L'envol et le lien. 10 ans d'activité au Cerf-Volant, lieu d'accueil parents-enfant. Genève: Editions Suzanne Hurter; 2000.

Aguilera DC. Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2000.

Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hrsg.. Arbeitsdokument 2. Neuenburg: edition obsan; 2003.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band I. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band II. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.

Aktion Psychisch Kranke, Hrsg.. Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2002.

Althaus D, Hegerl U. Evaluation suizidpräventiver Massnahmen – Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. Der Nervenarzt. 2001;9:677-84.

Angermeyer M, Matschinger H, Holzinger A. Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. Psychiatr Prax. 1997;24:215-20.

Antonovsky A. A Call for a New Question – Salutogenesis and a Proposed Answer - the Sense of Coherence. Journal of Preventive Psychiatry. 1984;2:1-13.

Baer N, Cahn T. Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem. Manag Care. 2003;4:34-38.

Baer N, Cahn T, Brenner HD, Felder W. Psychiatrische Versorgungsstrukturen: Probleme und Empfehlungen. 2003. Unveröffentlicht.

Baer N, Domingo A, Amsler F. Diskriminiert – Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen. Forschung für die Praxis – Hochschulschriften. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003.

Beeler I, Lorenz S, Szucs T. Provision and Remuneration of Psychotherapeutic Services in Switzerland. Soz und Praventivmed. 2003;48(2):88-96.

Borgetto B. Gemeinschaftliche Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. Stand der Forschung. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M, Hrsg.. Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.

S. 155-161.

Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M. Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen. Nervenarzt. 2000;71:691-99.

Bruhin E, Ducommun M. Psychische Gesundheit: Strategien und Massnahmen in der Schweiz. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Bern; 2002. Verfügbar unter: [http://www.nationalegesundheit.ch/main/show\\$Id=1317.html](http://www.nationalegesundheit.ch/main/show$Id=1317.html) .

⁸ Selon Uniform Requirements des International Committee of Medical Journal Editors, Juin 2003. Les documents officiels suisses sont référencés en allemand. La version française existe aussi.

Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Migration und Gesundheit - Strategische Ausrichtung des Bundes 2002 - 2006. Bern; 2002.

Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Forschungskonzept Gesundheit 2004 – 2007. Bern; 2002.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. IV-Statistik 2002. Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern; 2003a.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. Spitex-Statistik 2001. Statistiken zur sozialen Sicherheit. Bern; 2003b.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. Die längerfristige Altersvorsorge beginnt heute. Soziale Sicherheit, 3. Bern: Vertrieb BBL; 2003.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg.. Präzisierungen im Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH). IV-Rundschreiben Nr. 180. Bern; 2003.

Bundesamt für Sozialversicherung; Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Bereich Werkstätte, Wohnheime und Organisationen, Hrsg.. Interne Statistik. Bern; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. Kosten des Gesundheitswesens: Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995. Neuenburg; 2002.

Bundesamt für Statistik; Informationsdienst, Hrsg.. Kosten des Gesundheitswesens: Entwicklung 1960-2000. Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. Statistisches Jahrbuch der Schweiz. Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. SAKE 2002 in Kürze – Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2002. Neuenburg; 2003.

Bundesamt für Statistik, Hrsg.. Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001. Gesundheit, 14. Neuenburg; 2003.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz; 1996.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln; 1998.

Cathieni F, Wang J, Peer L, Werner K, Burnard B. Les opinions du public sur le patient du futur. In: SGGP, Hrsg.. The Future Patient in Switzerland. Bern; 2003. S. 63-70.

Centre de documentation en santé publique. Politique nationale suisse de la santé: santé psychique. Lausanne; 2003. Verfügbar unter: <http://www.saphirdoc.ch/Dossier.htm?Folder=64> .

Christen L, Christen S. Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hrsg.. Arbeitsdokument 1. Neuenburg: edition obsan; 2003.

Conne-Perreard E, et al. Ungünstige Einflüsse von verschiedenen Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und ihre wirtschaftlichen Konsequenzen. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs (CRTi), Hrsg.. 2001.

Dietz A, Pörksen N, Voelzke W, Hrsg.. Behandlungsvereinbarungen – Vertrauensbildende Massnahmen in der Akutpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1998.

Dolto F. La cause des enfants. Paris: Editions Robert Laffont; 1985.

Dolto F. Autoportrait d'une psychanalyste. Paris: Editions du Seuil; 1989.

Dyer JG, Minton McGuinness T. Resilience: Analysis of the Concept. Arch Psychiatr Nurs. 1996;X(5):276-82.

Ebner G. Psychiatrisches Handeln im interkulturellen Kontext. Manag Care, 3. 2003.

Edgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. Geschlecht und Gesundheit nach 40 – Die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte. Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1997.

- Eidgenössische Kommission für Familienfragen. Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien. Bern; 1998.
- Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- Fachvertreter universitärer Einrichtungen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosoziale Medizin, Hrsg.. Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz - Positionspapier. Unveröffentlicht.
- Flay BR. Positive Youth Development Requires Comprehensive Health Promotion Programs. *Am J Health Behav*™. 2002;26(6):407-24.
- Flick U, Hrsg.. Innovation durch New Public Health. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag; 2002.
- FMH/Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.. Krise und Suizid. Bern; 2000.
- Gabriel P, Liimatainen, MR. Mental Health in the Workplace. International Labour Organization, Hrsg.. 2000.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Eignung des aktuellen Behandlungssettings für die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Ergebnisse einer Stichtagserhebung. Zürich; 2002.
- Grossmann R, Skala K. Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München; 1994.
- Health Education Authority (HEA). Community Action für Mental Health. London; 1999.
- Hell D, Meyer PC. Die Psychiatrie als Spiegel der Gesellschaft – Optimierung professioneller Hilfe angesichts wachsender psychischer Not. *Neue Zürcher Zeitung*. 22. Nov. 2003.
- Herrmann H. The Need for Mental Health Promotion. *Aust and N Z J Psychiatry*. 2001;35:709-15.
- Höpflinger F, Hugentobler V. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Hrsg.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.
- Illés C, Abel T. Psychische Gesundheit – eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Bern; 2002.
- Interpharma; Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz, Hrsg.. Das Gesundheitswesen in der Schweiz – Leistungen, Kosten, Preise. Basel: Pharma Information; 2003.
- Jenkins R, McCulloch A, Friedli L, Parker C. Developing a national mental health policy. *Maudsley monographs*, 43. East Sussex: Psychology Press Ltd.; 2002.
- Kaluza G. Stress. In: Jerusalem M, Weber H, Hrsg.. Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie; 2003.
- Knuf A. Empowerment fördern! Ernst machen mit einer partnerschaftlichen Beziehung. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 2002;2:10-17.
- Lachenmeier H. Mental Health – Ein Wirtschaftsfaktor. *Neue Zürcher Zeitung*. 6. Febr. 2003.
- Lahtinen E, Lehtinen V, Riihonen E, Ahonen J, Hrsg.. Framework for Promoting Mental Health in Europe. Helsinki; 1999.
- Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W. Do people recognise mental illness? – Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Im Druck.
- Matthews R, Hain-Menn B. Jugendsuizid - aktiv vorbeugen – eingreifen und helfen – Denkanstöße für Eltern, Lehrer/innen, und Bezugspersonen. S&E Schweiz, Hrsg.. Schriftenreihe S&E, Suizid, 57. Bern; 2000.
- Matzat J. Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip – therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe. In: Günther P, Rohrman E, Hrsg.. Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH; 1999.

Matzat J. Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen - Professionelle Hilfe zur Selbsthilfe. In: Günther P, Rohrmann E, Hrsg.. Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH; 1999. S. 105

26.

Meyer PC, Hell D. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W, Hrsg.. Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006 – Ein aktueller Überblick. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenkassens; 2004. 2. Aufl. Im Druck.

Mory C, Jungbauer J, Angermeyer MC. Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. Teil I: Quantitative Aspekte. Psychiatr Prax 2001. Im Druck.

Narring F, Tschumper A, Interwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20 jähriger in der Schweiz (2002). Swiss multicenter adolescent study on health (SMASH) 2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Institut für Psychologie, Sezione sanitaria, Hrsg.. Lausanne, Bern, Bellinzona; 2003.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Tagungsbericht Muttenz 2002. Gemeinsam an der nationalen Gesundheitspolitik bauen anhand konkreter Beispiele. Bern; 2002.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Hrsg.. Tagungsbericht Aarau 2003. Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Hin zu gemeinsam getragenen Strategien. Bern; 2003.

Neyrand G. Sur les pas de la maison verte. Paris: Editions Syros; 1995.

Ningel R, Funke W, Hrsg.. Soziale Netze in der Praxis. Göttingen; 1995.

Nordt C, Müller B, Lauber C, Rössler W. Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der schweizerischen Bevölkerung. Psychiatr Prax. 2003. Im Druck.

Papart JP. La santé mentale, le modèle théorique du lien social. Psyécho. Annales de psychologie et de sciences de l'éducation. 2001-2;17-18.

Perrig-Chiello P, Höpflinger F, Hrsg.. Gesundheitsbiographien – Variationen und Hintergründe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 2003.

Peter HB, Möslin P, Hrsg.. Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus. Zürich: Theologischer Verlag; 2003.

Pro Mente Sana, Hrsg.. Psychisch erkrankt – der Weg zurück zur Arbeit. aktuell -Informationen aus der Psychiatrieszene Schweiz, 3. Zürich; 1998.

Ramaciotti D, Perriard J. Die Kosten des Stresses in der Schweiz. SECO, Hrsg.. Bern; 2001.

Richardson GE, Waite PJ. Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. Journal of Emergency Mental Health. 2002;4(1):65-75.

Rüesch P, Manzoni P. Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Hrsg.. Neuenburg: edition obsan; 2003.

Rütten A, Lüschen G, von Lengerke T, Abel T, Kannas L, Rodriguez Diaz JA, Vinck J, van der Zee J. Determinants of Health Policy Impact: a Theoretical Framework for Policy Analysis. Soz Präventivmed. 2003;48(5):293-300.

Ryf H. Aperçu historique de la configuration du dispositif de soins pédopsychiatriques. Bulletin des médecins suisses. 2001;5:195-97.

Saameli W. Was ist eine psychische Behinderung – Ein Definitionsversuch. INFORUM 4. 1998.

Saner H. Nicht-optimale Strategien – Essays zur Politik. Basel: Lenos-Verlag; 2002. p. 71

95.

Schmid H, Delgrande Jordan M, Kuntsche EN, Kuendig H, Bacher E, et al. Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz -Ausgewählte Ergebnisse einer Studie. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Hrsg.. Weltgesundheitsorganisation (WHO), Forschungsbericht, 39. Lausanne; 2003.

- Schmolke M. Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen – Eine empirische Untersuchung. Forschung für die Psychiatrie – Hochschulschriften. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH; 2001.
- Schunke P. Future of Mental Health Services in Europe: From Fragmentation to Integration? [MSc Thesis]. London School of Economics and Political Science; 2003. Unveröffentlicht.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Berufsbildung. Statistik Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Bern; 2003.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (seco), Hrsg.. Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz; 2002.
- STAKES; National Research and Development Centre for Welfare and Health. Public Health Action Framework on Mental Health. Helsinki; 2000.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Die Zürcher Längsschnittstudie zur Entwicklungspsychologie und – psychopathologie im Jugendalter. ZSE. 1997;17(3):256-69.
- Steinhausen HC, Winkler C, Meier M. Eating Disorders in Adolescence in a Swiss Epidemiological Study. *Int J Eat Disord*. 1996;22:147-51.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R. Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents for Ages 6 to 17 in a Swiss Epidemiological Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1997;6:136-41.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Youth Self-Report of Behavioral and Emotional Problems in a Swiss Epidemiological Study. *J Youth Adolesc*. 1998;27(4):429-41.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C. Frequency and Correlates of Substance Use among Preadolescents and Adolescents in a Swiss Epidemiological Study. *J Child Psychol Psychiat*. 1998;39(3):387-97.
- Stephen T, Joubert N. The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada. *Chronic Dis Can*. 2001;22:1.
- Stuckelberger A. Ein internationaler Vergleich. Genf; 2002. Unveröffentlicht.
- Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med*. 1998;28:503-508.
- The European Opinion Research Group (EORG). The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer, 58.2.. Brüssel: Directorate-General Press and Communication; 2003.
- WHO. World Health Report 2000. Mental health: New understanding, New Hope. Genf; 2001.
- WHO, Hrsg.. The Mental Health Context. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Mental Health Legislation & Human Rights. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Advocacy for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Quality Improvement for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.
- WHO, Hrsg.. Mental Health Financing. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Genf; 2003.

WHO, Hrsg.. Suicide Rates – Suicide Rates (per 100'000), by Country, Year and Gender. Genf; 2003. Verfügbar unter: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/print.html

Wicki W. Übergänge im Leben der Familie – Veränderungen bewältigen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber; 1997.

Winkler Metzke C, Steinhausen HC.: Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter (II). Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. Zeitschrift für klinische Psychologie. 1999;28(2):95-104.

Winkler Metzke C, Steinhausen HC. Bewältigungsstrategien im Jugendalter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie. 2002;34(4):216-26. Im Druck.

Zogg H, Lauber C, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken. Psychiatr Prax. 2003. Im Druck.