

Chapitre 5

Tirer davantage parti du système suisse de santé mentale

Le présent chapitre évalue la performance du système suisse de santé mentale pour ce qui concerne la mise en œuvre des traitements adéquats pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux. Déjà très complet, ce système pourrait néanmoins offrir des prestations à plus de personnes ayant besoin de traitement. Ce chapitre s'intéresse donc au rôle des différents prestataires de soins dans le domaine de la santé mentale, à la façon dont ils collaborent entre eux et au potentiel d'amélioration. Il analyse l'action des services psychiatriques et des médecins indépendants en faveur du maintien dans l'emploi et de la réinsertion professionnelle ; enfin, il aborde les opportunités de s'investir plus résolument face aux difficultés professionnelles imputables à des problèmes de santé, ainsi que les obstacles à surmonter en la matière.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Bien que la plupart des problèmes de santé mentale, s'ils sont traités efficacement et à temps, aient de bonnes chances d'évoluer favorablement, on observe qu'ils surviennent habituellement très tôt dans l'existence, et qu'ils peuvent se révéler persistants ou donner lieu à de fréquentes rechutes. Par ailleurs, une mauvaise santé mentale a souvent des répercussions négatives sur les compétences sociales, la personnalité et sur l'anxiété liée au travail. Elle suscite la stigmatisation, tant sur le lieu de travail qu'à l'extérieur. Maintenir dans l'emploi ou réinsérer des employés souffrant de problèmes mentaux n'est possible qu'avec des mesures intégrées ciblant les problèmes médicaux et adaptées à des situations émotionnellement complexes sur le lieu de travail. La mise en œuvre de traitements adaptés est donc une composante nécessaire de toute stratégie visant à accroître la participation des personnes atteintes de troubles mentaux au marché du travail, mais – ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre 2 – elle doit être associée à des mesures sur le lieu de travail.

En Suisse, les soins de santé mentale sont assurés par de nombreux généralistes et spécialistes. Le système de santé suisse recueille un taux de satisfaction très élevé auprès des utilisateurs ; pour autant, le lien entre d'une part les généralistes et les spécialistes, et d'autre part les aspects professionnels et les services de réadaptation et d'emploi, n'est pas satisfaisant. Grâce aux importantes ressources dont il dispose, le système de santé suisse est en mesure d'offrir des services médicaux et psychologiques différenciés de qualité, mais cette diversité des prestations peut aussi entraîner une fragmentation des mesures et des concepts de soins. Ces questions sont traitées ci-dessous.

Caractéristiques du système de santé mentale

Certaines des caractéristiques structurelles d'un système de santé mentale peuvent avoir des conséquences non seulement sur la guérison mais aussi sur la situation professionnelle du patient : proximité entre le centre de traitement et le lieu de résidence du patient facilitant les contacts entre l'employeur et le centre, soins fournis dans un environnement non stigmatisé (un hôpital général, par exemple) facilitant l'accès au traitement, ou existence de services ambulatoires et de cliniques de jour interdisciplinaires facilitant le processus de réinsertion professionnelle.

Globalement, le système de santé suisse est performant, et se caractérise par un large éventail de prestations, une couverture santé universelle et des taux de satisfaction élevés (OCDE/OMS, 2011 ; Sturny et Camenzind, 2011). Par ailleurs, les dépenses de santé du pays figuraient en 2009 parmi les plus élevées de la zone OCDE, tant en pourcentage du PIB (11.4 %) que par habitant (5 000 USD en PPA ; OCDE/OMS, 2011).

En 2010, les soins de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire ont coûté au total 32 milliards CHF (28 milliards EUR), assumés à hauteur de 21 milliards CHF par l'assurance maladie et à hauteur de 11 milliards CHF par la Confédération, les cantons et les municipalités. Les soins somatiques ont représenté 30 milliards CHF (94 %) et les soins de santé mentale spécialisés 2 milliards CHF (6 %) seulement, dont 56 % ont été affectés aux soins psychiatriques avec hospitalisation, 14 % aux soins ambulatoires et de jour, et 30 % aux cabinets privés.

Un large éventail de services de santé mentale

Premièrement, en 2010, environ 6 000 médecins généralistes ont traité quelque 5 millions de patients. On estime qu'une proportion comprise entre un quart et un tiers de ces patients souffrait d'un trouble mental, et présentait éventuellement une comorbidité (OMS/Wonca, 2008 ; Goldberg et Lecrubier, 1995 par exemple). On retrouve cette forte proportion (près de 35 %) dans une étude menée sur 2 330 patients suivis par des médecins généralistes dans le canton de Berne (Amsler et al., 2010). Globalement, près de 80 % de la population suisse consulte un médecin (généraliste ou spécialiste) au moins une fois par an. Ce taux passe à plus de 90 % pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale persistants (Sturny et Schuler, 2011). Plus les individus sont soumis au stress, plus ils se tournent vers des traitements médicaux (Schuler et Burla, 2012). Pourtant, dans la plupart des cas, les individus ayant des troubles mentaux ne se font pas soigner pour ces problèmes, mais pour une affection physique et, généralement, leur problème de santé mentale n'est pas détecté et/ou pas traité. Malgré tout, 36 % de l'ensemble des diagnostics d'ordre psychiatrique sont posés par des médecins généralistes, 2,5 % par des médecins somaticiens spécialisés indépendants, et tous les autres par des psychiatres.

Deuxièmement, en 2010 également, environ 2 900 psychiatres indépendants ont traité 330 000 patients (Schuler et Burla, 2012). Le nombre de patients moyen des psychiatres (qui est de 115) est bien inférieur à celui des généralistes (830 patients en moyenne). Si le nombre de patients suivis par des médecins généralistes indépendants a augmenté d'environ 4 % entre 2006 et 2010, en cabinet psychiatrique la hausse a été bien plus importante, dépassant 18 %. Par rapport aux généralistes, les psychiatres soignent souvent des personnes atteintes de troubles schizophréniques, névrotiques et de la personnalité. Les patients peuvent consulter un psychiatre directement, sans passer par un généraliste, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Certains psychiatres collaborent avec des psychothérapeutes, auxquels ils peuvent envoyer des patients – qui peuvent alors se faire rembourser le traitement par l'assurance maladie (en règle générale,

l'assurance maladie obligatoire couvre exclusivement les coûts des prestations fournies par les psychiatres). Au total, en 2010 environ 4 000 psychothérapeutes ont soigné des patients souffrant de problèmes de santé mentale ; dans un tiers des cas environ, les patients ont payé leurs psychothérapies de leur poche.

Troisièmement, il existe en Suisse de nombreux centres proposant des soins psychiatriques sans hospitalisation (soins ambulatoires, hôpitaux de jour). D'après Moreau-Gruet et Lavignasse (2009), le pays compte environ 500 unités réparties dans 60 institutions et chaque unité traite entre 11 et 65 patients pour 1 000 habitants, selon le canton. D'après les estimations, environ 175 000 cas au total seraient pris en charge par les services de psychiatrie ambulatoire (Schuler et Burla, 2012 ; Moreau-Gruet et Lavignasse, 2009). Les principaux problèmes de santé mentale traités dans ces services sont les troubles névrotiques, affectifs et liés à l'abus de drogues.

Quatrièmement, quelque 60 000 patients (à peu près 80 000 cas) étaient soignés en milieu hospitalier en 2009 ; environ les trois quarts d'entre eux étaient pris en charge dans une clinique psychiatrique, et le quart restant était soigné en hôpital général. Bien que le taux de patients hospitalisés n'ait pas augmenté entre 2002 et 2009, le *ratio de cas* traités a augmenté au cours de la même période ; en d'autres termes, les mêmes patients ont été réadmis plus souvent (Kuhl et Herdt, 2007). Les principaux diagnostics posés chez les patients hospitalisés concernent des troubles liés à l'abus de drogues (hommes), des troubles affectifs (femmes) et des troubles névrotiques. Les traitements peuvent être suivis en clinique psychiatrique ou dans une unité spécialisée d'un hôpital général. Les hospitalisations en hôpital général de patients présentant à la fois des troubles psychiatriques et somatiques sont également nombreuses. Une hospitalisation en soins somatiques peut fournir l'occasion de détecter des comorbidités mentales. Les médecins hospitaliers perçoivent souvent les problèmes de santé mentale de leurs patients : dans une étude sur les patients de deux hôpitaux généraux, les médecins ont décelé des troubles mentaux justifiant un traitement chez environ 25 % des patients (Cahn et Baer, 2003). Ce diagnostic précoce ne se traduit pourtant que rarement par le renvoi vers un spécialiste à la sortie de l'hôpital.

Les médecins généralistes sont capables de détecter les troubles mentaux mais peu de patients sont traités ou orientés vers des spécialistes

Le faible taux de traitement par des généralistes au regard du nombre important de patients atteints de troubles mentaux ne s'explique pas seulement par le faible taux de détection de ces troubles. Dans une étude suisse menée auprès de médecins généralistes sur les patients atteints de

troubles dépressifs, les généralistes font état de 3.2 cas traités de dépression pour 1 000 patients. Les médecins estiment cependant qu'un patient sur trois environ souffre de dépression, si l'on inclut les formes plus légères de la pathologie (Schuler et Burla, 2012). Une dépression légère pouvant évoluer vers des formes plus graves si elle n'est pas traitée, il serait utile que les médecins généralistes interviennent plus souvent. Seuls 5-10 % des individus atteints de troubles mentaux informent leur médecin traitant de leur maladie et demandent un traitement, ce qui demeure un réel problème (Linden et al., 1996). En revanche, la plupart des troubles liés à la consommation de drogue sont traités par des médecins généralistes, qui diagnostiquent près de 60 % de tous les cas liés à l'abus d'alcool et 70 % de ceux liés à d'autres substances.

Seule une minorité des patients pour lesquels un médecin indépendant a diagnostiqué un trouble mental est orientée vers un psychiatre : c'est le cas pour 20 % seulement des patients atteints d'un trouble dépressif, par exemple (Schuler et Burla, 2012). La décision d'un médecin généraliste d'orienter un patient vers un psychiatre dépend de plusieurs éléments et notamment : des préférences du patient ; du fait que le médecin généraliste estime ou non que le traitement relève de sa responsabilité et qu'il se juge ou non compétent ; de la qualité de la collaboration avec les psychiatres à l'échelon local ; de la possibilité d'obtenir une consultation sans attente excessive ; de la probabilité que le patient soit réorienté vers le cabinet du généraliste (Spiessl et Cording, 2000).

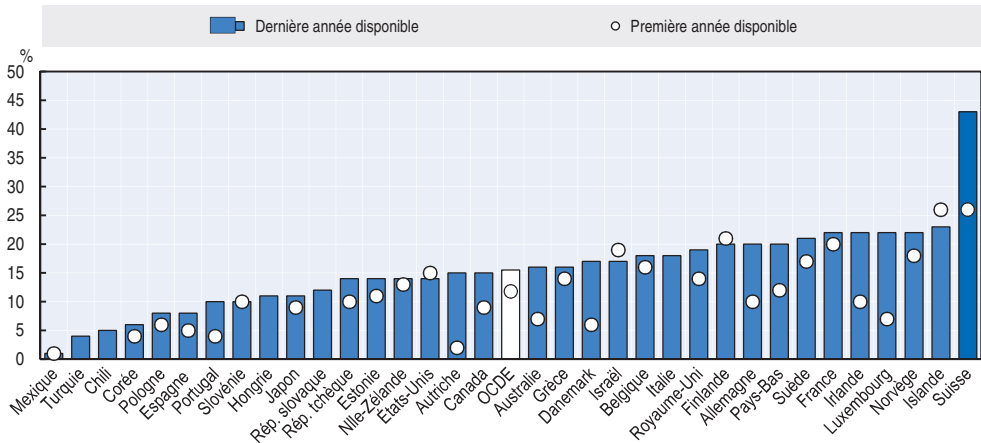
Dans une étude suisse portant sur environ 550 patients suivis en cabinet privé (Cahn et Baer, 2003), les médecins généralistes estiment que 19 % de leurs patients ont un trouble mental qui devrait être traité, et que 9 % présentent un problème de santé mentale mineur. D'après les médecins généralistes, seuls 15 % des patients ayant besoin de soins psychiatriques ont affaire à un spécialiste, ce qui équivaut à 3 % du nombre total de patients reçus en cabinet de médecine générale. Cette proportion très faible pourrait être révélatrice de certains problèmes concernant l'orientation des patients vers les psychiatres.

Forte densité de psychiatres et psychothérapeutes indépendants

Le nombre élevé de psychiatres indépendants qui caractérise le système suisse de santé mentale confère à ce dernier un énorme potentiel (graphique 5.1). Avec près de 45 psychiatres indépendants pour 100 000 habitants, la Suisse compte trois fois plus de spécialistes que la moyenne de l'OCDE. À en juger par le fort taux de psychiatres par habitant, il semble que les psychiatres indépendants agissent en partie comme un service de soins primaires de première intention pour les personnes souffrant de troubles mentaux.


Graphique 5.1. En Suisse, le taux de psychiatres est extrêmement élevé

Densité de psychiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE, première et dernière années pour lesquelles des données sont disponibles



Note : La moyenne de l'OCDE est une moyenne non pondérée.

Source : Indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE, 2011, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932930214>

En dépit de ces ressources, l'accès aux prestations psychiatriques demeure problématique. Une étude récente de la Suisse, simulant les symptômes cliniques d'une dépression sévère et de troubles psychotiques graves, parvient à la conclusion qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un psychiatre, beaucoup plus qu'avec un médecin généraliste (Bridler et al., 2012). Établir un contact individualisé avec un généraliste est possible dans 95 % des cas, mais dans 50 % des cas seulement avec un psychiatre. Il faut en moyenne sept appels téléphoniques pour prendre rendez-vous avec un psychiatre, et la démarche n'a été fructueuse qu'avec 30 % des psychiatres contactés : les autres n'étaient pas joignables ou n'acceptaient pas de nouveaux patients. Le délai d'attente moyen est de six jours pour un rendez-vous avec un psychiatre en cas de problème grave.

Un autre facteur entrave l'accès aux soins psychiatriques : la durée des traitements en cabinet privé. Une enquête consacrée aux psychiatres du canton de Berne (Amsler et al., 2010) a montré qu'un traitement dure environ 60 mois (durée du traitement déjà accompli combinée à la durée escomptée du traitement à venir), ce qui limite les possibilités de prise en charge de nouveaux patients.

La Suisse compte également de nombreux psychothérapeutes (quelque 4 000 sur l'ensemble du territoire). Toutefois, en l'absence de données concernant le nombre de psychothérapies proposées, la contribution globale des psychothérapeutes aux soins de santé mentale ne peut être mesurée. Au regard de l'assurance maladie, les psychothérapeutes n'ont actuellement pas le même statut que les psychiatres : les prestations qu'ils offrent ne figurent pas dans le catalogue de celles qui sont couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Ce n'est que si le patient a été envoyé par un psychiatre que le traitement mis en œuvre par le psychothérapeute est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une loi sur les professions liées à la psychologie est entrée en vigueur en 2013. Elle régit non seulement les critères et les conditions d'exercice d'une activité de psychologue dans différents domaines, mais précise aussi les conditions nécessaires pour qu'un psychothérapeute puisse administrer son propre traitement, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

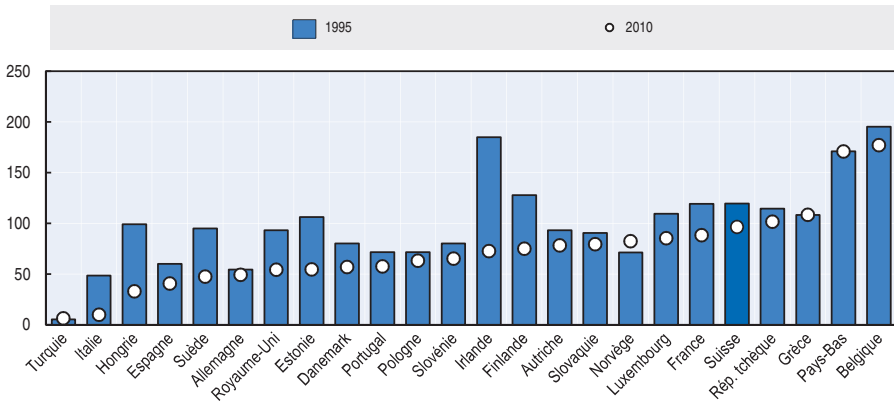
Les importantes ressources hospitalières rendent le système coûteux

Malgré ses nombreux psychiatres indépendants, la Suisse se classait, en 2010, au cinquième rang des pays de l'OCDE en termes de nombre de lits en unité psychiatrique d'un hôpital et au quatrième pour la durée d'hospitalisation. On dénombre en Suisse environ 100 lits en unité psychiatrique hospitalière pour 100 000 habitants (graphique 5.2, partie A) et les traitements sont relativement longs – 30 jours en moyenne pour l'ensemble des maladies mentales et 35 jours pour les troubles de l'humeur (graphique 5.2, partie B). Contrairement à ce qui s'est produit dans de nombreux autres pays, le nombre de lits par habitant n'a connu qu'une baisse modérée depuis 1995. Une hospitalisation plus longue n'améliore pas nécessairement les résultats ; certaines données montrent au contraire qu'il existe un lien entre un séjour hospitalier plus court et une meilleure réadaptation (sous l'angle de la capacité à mener une vie autonome, par exemple ; Nordentoft et al., 2010).

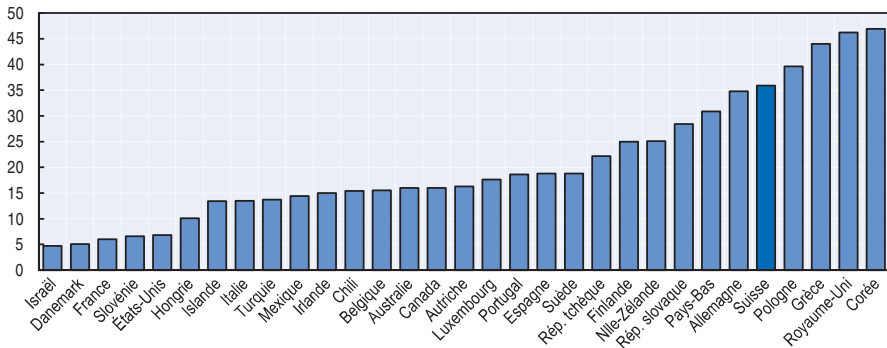
La Suisse se distingue également de nombreux autres pays de l'OCDE, en ce que les internements psychiatriques sont généralement indépendants de l'hôpital général et sont essentiellement assurés en dehors de ce système, par des cliniques psychiatriques publiques ou privées, souvent éloignées du lieu de travail des patients. Cela peut dissuader de solliciter des soins par crainte d'être stigmatisé. Il est plus simple de s'adresser pour cela à un hôpital général en ville qu'à une clinique psychiatrique à l'écart de la ville, et une hospitalisation en hôpital général est plus facile à révéler qu'une hospitalisation en clinique psychiatrique. En outre, il arrive fréquemment que des problèmes de santé physique particuliers accompagnent les troubles mentaux, ce qui donne à penser qu'un traitement spécialisé en hôpital général proposant également des soins somatiques serait plus efficace.

Graphique 5.2. **La Suisse dispose de très importantes ressources hospitalières en santé mentale**

Partie A. Lits en hôpitaux psychiatriques pour 100 000 habitants, 1995 and 2010



Partie B. Durée moyenne d'hospitalisation : problèmes psychiques et comportementaux dus à des troubles de l'humeur, 2010



Source : Partie A, New Cronos, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>. Partie B, Indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE, 2011, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932930233>

Le recours aux soins hospitaliers est très dissemblable entre les cantons

Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux en Suisse sont de l'ordre de 1 à 4 pour 1 000 habitants. Ils sont élevés et augmentent encore pour les troubles affectifs ou ceux liés à la consommation de drogue, à l'origine d'une hospitalisation sur deux (graphique 5.3, partie A). S'agissant de la schizophrénie et des troubles névrotiques, ces taux demeurent stables.

Les taux globaux d'hospitalisation pour troubles mentaux varient considérablement d'un canton à l'autre. En 2010, ils allaient d'environ 20 admissions pour 1 000 habitants dans les cantons de Genève et de Bâle-Ville à sept admissions dans les cantons ruraux de Nidwald ou de Schwyz (graphique 5.3, partie B). Il est fort peu probable que ces disparités soient entièrement imputables aux variations du nombre de cas par maladie entre cantons. Elles trouvent plus vraisemblablement leur source dans l'offre proposée, dans les différences d'approches ou de coutumes en matière de soins de santé mentale, dans la qualité inégale des soins ambulatoires de santé mentale et de réadaptation, voire dans les disparités concernant l'accès aux soins. Ces dix dernières années, les taux d'hospitalisation ont augmenté dans 19 cantons sur 26. La durée moyenne d'hospitalisation varie également selon les cantons (graphique 5.3, partie C).

Les réadmissions sont en revanche relativement rares

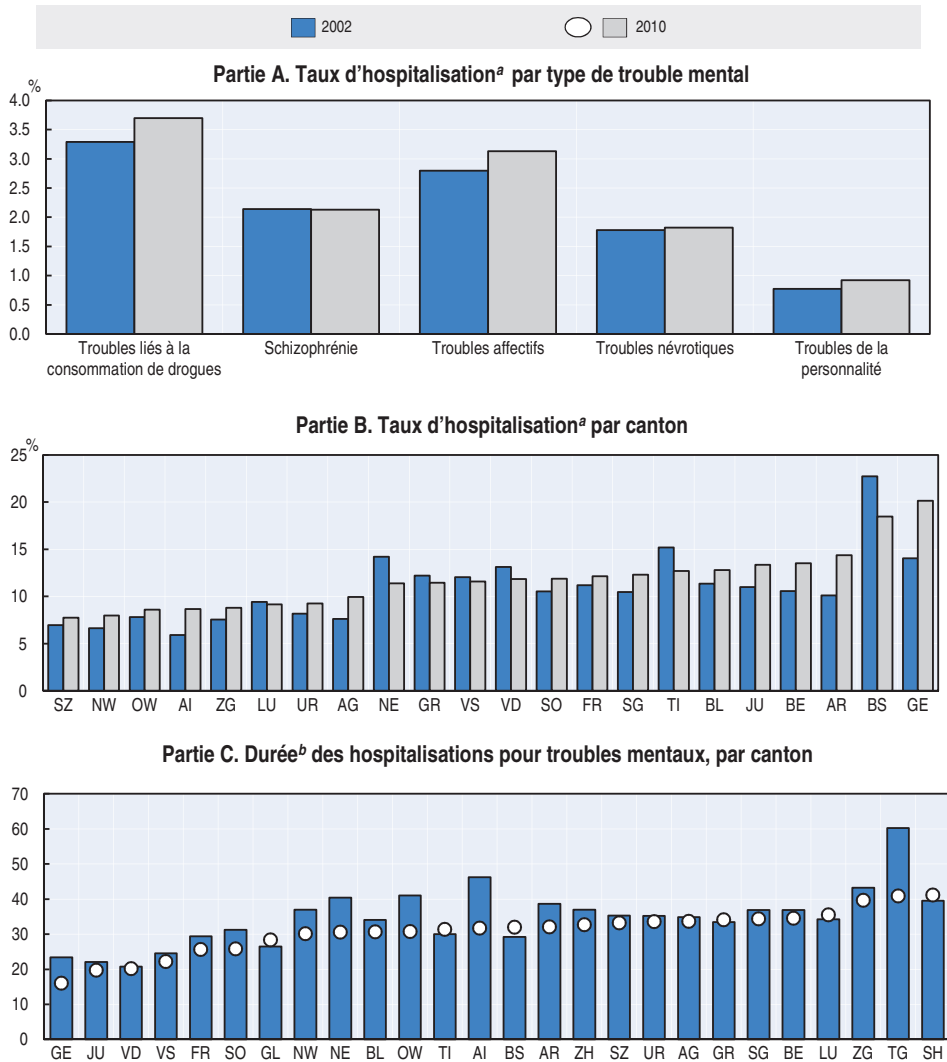
Un traitement prolongé ne permet pas nécessairement d'agir plus significativement sur les symptômes. Lauber et al. (2006) ont analysé les données suisses d'hospitalisation et ont démontré que la durée optimale d'un séjour en hôpital pour des troubles de l'humeur se situe entre 15 et 30 jours. Au-delà de cette durée, les symptômes ne s'améliorent plus : ils restent stables. En Suisse, la durée moyenne d'une hospitalisation pour troubles de l'humeur est de 35 jours (graphique 5.3), ce qui semble indiquer qu'une part importante des patients concernés par ce type de troubles reste trop longtemps en clinique psychiatrique.

Le fait qu'en Suisse les soins aux patients hospitalisés soient de longue durée peut avoir aussi des conséquences négatives sur la situation professionnelle de ces patients – d'une part parce qu'ils s'absentent longtemps de leur travail pour ceux qui en ont un, et d'autre part parce que cela peut entraîner une hausse des comportements d'évitement (le patient cherche à éviter de retourner à son lieu de travail par peur de l'échec, de situations conflictuelles, etc.).

D'un autre côté, les réadmissions de patients ayant déjà été hospitalisés pour des motifs psychiatriques sont rares en Suisse, ce qui favorise le maintien dans l'emploi. Moins de 10 % des patients hospitalisés pour schizophrénie sont réadmis dans les 30 jours (graphique 5.4). C'est donc trois fois moins que dans des pays tels que la Norvège, la Suède ou le Danemark, par exemple, qui ont des durées de séjour bien inférieures, et c'est comparable au Royaume-Uni, où les séjours sont encore plus longs qu'en Suisse. Il est cependant acquis qu'il n'existe pas nécessairement de corrélation entre la durée des séjours et la réadmission (voir Hodgson et al., 2001, par exemple), ce qui tend à prouver qu'il pourrait être possible de réduire la durée des hospitalisations sans risque de voir augmenter les taux de réadmission.

Graphique 5.3. Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux sont globalement en hausse mais varient considérablement, de même que les durées, d'un canton à l'autre

Taux pour 1 000 habitants, personnes âgées de 15 à 64 ans



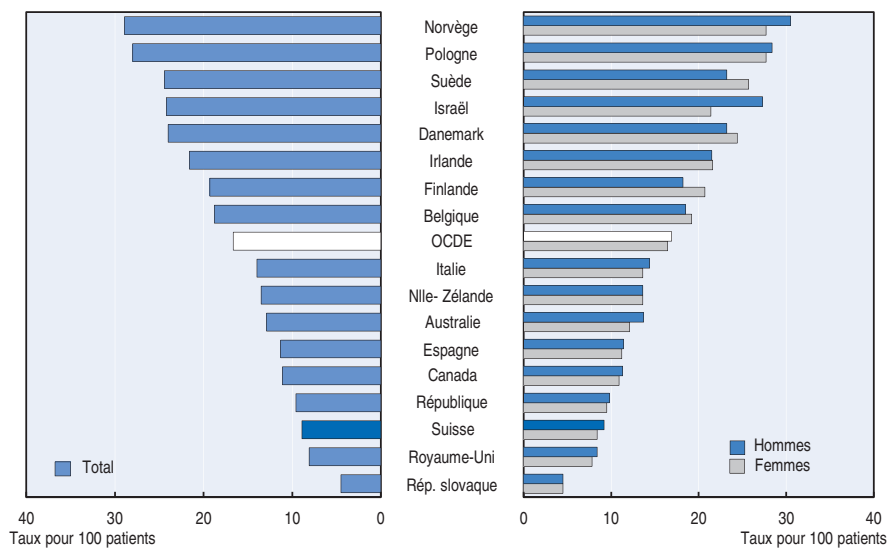
- a. Taux d'hospitalisation : en clinique psychiatrique ou en unité psychiatrique au sein d'un hôpital général, au cours d'une année, pour 1 000 habitants du canton.
- b. Par durée, on entend la longueur moyenne du séjour en hôpital, pour chaque canton.

Source : Observatoire suisse de la santé (Obsan), Office fédéral de la statistique.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932930252>

Graphique 5.4. Les réadmissions, un phénomène rare en Suisse

Réadmissions pour schizophrénie dans le même hôpital, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE, 2011, http://dotstat.oecd.org/Index.aspx/DataSetCode=HCQI_STAND.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932930271>

La qualité des soins de proximité qui prennent le relais à la sortie du patient est un facteur important en matière de réadmission (Zhang et al., 2011). Les taux de réadmission doivent donc être replacés dans le contexte du système de santé mentale dans son ensemble. En Suisse, le faible taux de réadmission est peut-être lié à l'efficacité du système de soins post-hospitaliers au sein de la communauté et notamment au nombre élevé de psychiatres indépendants.

Bien que près de 18 % des patients intègrent une clinique psychiatrique de leur propre chef ou à l'initiative de leurs proches, et qu'environ 75 % soient admis sur conseil des médecins généralistes, le suivi médical à la sortie est essentiellement assuré par des psychiatres privés (environ 40 %) ou des centres de psychiatrie ambulatoire (environ 22 %). La part des médecins généralistes traitant des patients sortis d'une clinique psychiatrique est de l'ordre de 13 %. Il est ainsi fréquent que la clinique psychiatrique débute le traitement et réoriente les patients des soins généraux vers des soins spécialisés (c'est-à-dire d'un médecin généraliste vers un psychiatre). Les psychiatres, par contre, ne dirigent qu'un petit nombre de leurs patients vers des cliniques psychiatriques. On peut donc

supposer que les soins psychiatriques ambulatoires sont efficaces dans le sens où ils préviennent les hospitalisations, et qu'il serait possible de diminuer encore la fréquence des soins en structure hospitalière en facilitant l'accès à un spécialiste sans que la qualité des soins en pâtisse pour autant.

Toutefois, la possibilité d'obtenir un traitement chez un psychiatre indépendant varie aussi très fortement selon les cantons : on observe une importante concentration de cabinets dans un petit nombre de cantons urbains (plus d'un psychiatre pour 1 000 habitants dans le canton de Bâle-Ville et 0.67 pour 1 000 à Genève, par exemple), et une densité nettement plus faible dans les zones rurales (un psychiatre pour 30 000 habitants dans le canton d'Uri), où les soins de santé mentale sont assurés par les médecins généralistes dans une plus large mesure.

Le potentiel des soins de jour n'est pas pleinement exploité

Les hôpitaux de jour pour les patients atteints de troubles aigus de santé mentale et qui souvent travaillent encore ont un potentiel considérable en termes de réadaptation (OFSP, 2004 ; Cahn et Baer, 2003). Généralement, le personnel des cliniques de jour couvre plusieurs disciplines et se compose notamment de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières et d'éducateurs sociaux. Les besoins des patients se situent essentiellement à la jonction du rétablissement et de la réinsertion sociale ou professionnelle. Par ailleurs, les traitements en hôpital de jour durent généralement entre trois et six mois, ce qui permet de bien évaluer les problèmes professionnels et les besoins en soutien en vue de la mise en œuvre du programme de formation et de la préparation à la réinsertion professionnelle (périodes d'essai ou aide à la recherche d'emploi par exemple). En outre, les cliniques psychiatriques de jour induisent des coûts sensiblement inférieurs (du tiers ou de moitié) à ceux des hospitalisations complètes pour des résultats comparables, voire probablement meilleurs sous l'angle de la qualité de vie et des retombées sociales (Marshall et al., 2011).

Cependant, à la différence de certains établissements de soins de jour des États-Unis, qui se sont transformés avec succès en services d'emplois assistés et ont fait l'objet d'abondantes études (Becker et al., 2001), les établissements de soins de jour en Suisse ne s'occupent pas de réinsertion professionnelle. Les programmes des cliniques de jour suisses, qui n'emploient pas de spécialistes de l'emploi, reposent essentiellement sur des traitements thérapeutiques. Ainsi, les cliniques de jour suisses peuvent être, lorsque cette prestation est disponible, une bonne alternative aux soins avec hospitalisation complète, mais elles n'exploitent pas leur potentiel en matière d'insertion sociale et d'emploi.

Les mécanismes de financement favorisent l'hospitalisation

La principale raison pour laquelle la Suisse compte un grand nombre de structures hospitalières – en dépit des lignes directrices, largement acceptées, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour renforcer les soins ambulatoires et de jour – est que les mécanismes de financement favorisent les soins hospitaliers (CDS, 2008). Si les soins de santé mentale ambulatoires, hôpitaux de jours inclus, sont exclusivement financés par l'assurance maladie (selon le principe de la rémunération basée sur les prestations), quelque 50 % des coûts des soins hospitaliers sont assumés par les cantons, à condition que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux du canton. Ce cofinancement important donne aux services de soins hospitaliers une bien plus grande liberté financière et l'assurance maladie n'en est que plus incitée à financer les soins hospitaliers. Il faudrait que les cantons aient un intérêt à limiter les hospitalisations, ce qui semble impossible en raison d'obstacles politiques.

Les dépenses élevées en soins hospitaliers rendent le système inutilement coûteux. En outre, du point de vue de l'emploi, ces incitations financières et ces modes de financement vont à l'encontre de l'approche plus favorable à l'emploi que représentent les services ambulatoires : ceux-ci, premièrement, soignent des patients ayant généralement conservé son emploi ; deuxièmement, ils traitent habituellement des personnes ayant de bonnes chances de réadaptation ; et troisièmement, ils sont plus susceptibles de permettre aux patients de continuer de travailler, ce que des soins hospitaliers dans une structure éloignée permettent plus difficilement.

Les patients occupant un emploi préfèrent les soins ambulatoires

Certains éléments portent à croire que les patients qui ont toujours un emploi préfèrent les services ambulatoires d'urgence aux services hospitaliers. Une comparaison entre les patients ayant besoin d'une intervention d'urgence a permis de démontrer que le degré d'insertion sociale en général et la situation professionnelle de chaque patient étaient déterminants dans le choix du traitement (Krowatschek et al., 2012). La situation en termes d'emploi et la situation familiale sont les facteurs les plus déterminants dans le choix d'un traitement, hospitalier ou extra-hospitalier, indépendamment du degré de handicap fonctionnel.

Si les soins hospitaliers contribuent effectivement à réduire les symptômes, avec des taux de réadmission comparativement bas en Suisse, on peut se demander si l'hospitalisation sert adéquatement les intérêts des patients sur le plan de l'emploi : environ un tiers des patients employés à temps partiel au moment de leur admission en clinique psychiatrique ont perdu leur emploi au moment de leur sortie (Baer et Cahn, 2008). Bien que

cette statistique doit être interprétée avec prudence, elle donne à penser que la psychiatrie en milieu hospitalier n'est pas la meilleure approche pour préserver les emplois.

Les traitements insuffisants sont fréquents malgré des ressources considérables

Malgré des moyens énormes en soins spécialisés de santé mentale et, d'ailleurs, en soins de santé tout court, de nombreux patients reçoivent encore des traitements insuffisants, ce qui pose un problème important en Suisse et dans d'autres pays (Schuler et Burla, 2012). Selon l'Enquête suisse sur la santé 2007, 5,3 % de la population étaient suivis par des professionnels pour des problèmes de santé mentale dans les 12 derniers mois – la plupart étaient suivis par un psychiatre (39 %), un psychothérapeute (34 %) ou un médecin généraliste (21 %). Le taux de traitement en 2007 était d'environ un point de pourcentage supérieur à celui de 1997, date de la première Enquête suisse sur la santé, mais toujours très faible au regard de la prévalence des troubles mentaux dans la population, même si une personne concernée sur deux seulement aurait besoin d'un traitement. Rüesch et al. (2013) parviennent à une conclusion similaire. Chaque année, environ 480 000 personnes âgées de 14 ans et plus reçoivent des soins de santé mentale spécialisés (données à partir de 2009 essentiellement) ; ce chiffre correspond à 7 % de la population. Il est probable qu'une proportion sensiblement plus élevée de patients traités s'inscrive auprès de l'assurance invalidité. On ignore cependant si les soins dont ils ont bénéficié étaient bien adaptés. On observe également un taux de traitement globalement modéré chez les personnes qui ont un emploi et présentent des symptômes de dépression (Baer et al., 2013). D'après l'Enquête suisse sur la santé, seuls 9 % des travailleurs qui présentent des symptômes légers de dépression et 27 % de ceux qui présentent des symptômes modérés ou graves suivaient un traitement médical contre cette maladie en 2007 (dispensé par un psychiatre dans la plupart des cas). Au vu de la valeur pronostique d'une prise en charge précoce, dans une optique de maintien dans l'emploi (voir par exemple van der Feltz-Cornelis et al., 2010), le nombre d'états dépressifs légers et graves traités de façon insuffisante est alarmant.

Concernant le dépistage d'un épisode dépressif majeur (EDM) selon les critères du DSM-IV, les mêmes données montrent que 65-70 % des personnes ayant connu au moins un EDM dans les 12 derniers mois n'étaient pas traitées pendant cette période (Schuler et Burla, 2012 ; Rüesch et al., 2013). Tout comme la réflexion qui précède, cela semble indiquer que, d'une part, les personnes sollicitant des soins psychiatriques ou une aide psychologique reçoivent un traitement intensif sur une longue durée et que, d'autre part, le système de santé mentale n'atteint pas la majorité des personnes qui auraient

besoin d'un traitement. Se pose donc la question de savoir si des mécanismes reposant sur davantage de collaboration entre psychiatres et médecins généralistes, en plus d'améliorer le fonctionnement des patients (van der Feltz-Cornelis et al., 2010), n'améliorerait pas aussi l'accès au traitement pour les patients atteints de problèmes de santé mentale.

Organisation et responsabilité des soins de santé mentale

Globalement, il est indispensable d'intégrer davantage la question de l'emploi dans les concepts de traitement des troubles psychiques, notamment en développant pour les soins des indicateurs de qualité relatifs à l'emploi et en incluant cet aspect dans la formation complémentaire des psychiatres. La question se pose néanmoins de savoir à quel échelon de l'administration cela doit être fait. En Suisse, la Confédération, les cantons et les municipalités ont un rôle législatif et fournissent des soins de santé, y compris de santé mentale (OCDE/OMS, 2011). La Confédération a un rôle législatif et de supervision, mais n'a pas d'influence directe sur les structures ou les concepts de soins de santé mentale. Il n'existe dès lors aucune gouvernance cohérente. Cependant, les autorités en charge de l'enseignement médical auraient la capacité d'adopter une approche davantage axée sur l'emploi.

Une gestion relativement faible à l'échelon national

Récemment, le Parlement a décidé de ne pas mettre en œuvre un projet de Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé qui aurait donné à la Confédération, c'est-à-dire à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), plus de moyens pour intervenir dans le domaine des soins de santé. Les questions relatives à l'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont entièrement du ressort du système d'assurances sociales, comme l'attestent les révisions de l'assurance invalidité effectuées ces neuf dernières années.

En 2013, le gouvernement a fixé les 12 objectifs prioritaires de la politique sanitaire suisse pour les sept prochaines années (rapport « Santé2020 »). Afin d'endiguer la hausse prévue des maladies chroniques non transmissibles, liée à l'évolution de la structure démographique, aux changements de comportement sanitaire et à l'évolution des conditions de travail (attente de performances accrues de la part des travailleurs, par exemple), et afin de réduire les coûts correspondants pour le système de santé et la sécurité sociale, la politique de santé devrait renforcer le dépistage précoce des problèmes de santé sur le lieu de travail en ciblant particulièrement les troubles mentaux. Le rapport reproche au système actuel d'être trop axé sur les soins hospitaliers aigus, de négliger la prévention et l'intervention précoce, et de manquer de coordination.

Pour compenser l'absence de mécanisme permettant de piloter le système de santé mentale, les Offices fédéraux de la santé publique, des affaires économiques et des assurances sociales, en association avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Fondation suisse pour la promotion de la santé, ont créé un réseau pour la santé mentale. Ce réseau devrait fonctionner comme une plateforme d'information permettant l'échange de savoirs et la mise en contact des parties prenantes des différents niveaux d'administration, ainsi que des divers domaines professionnels (santé mentale, soins primaires, prévention, promotion de la santé). Dépourvu de pouvoir exécutif, il ne peut cependant pas agir directement. Sa création découle de plusieurs initiatives antérieures visant à l'élaboration d'une politique sanitaire commune et cohérente, notamment du projet « Politique nationale suisse de la santé » lancé il y a une dizaine d'années et jamais totalement exécuté. Dans le cadre de ce projet, des recommandations sur une politique nationale en matière de santé mentale et sur les soins de santé mentale ont été formulées et ont donné lieu à des activités similaires lancées par la CDS, comme les lignes directrices de planification des soins de santé mentale à l'échelle des cantons (CDS, 2008). Le nouveau réseau est une nouvelle tentative de mettre en contact différents acteurs, mais une plateforme d'information ne saurait compenser le manque de pilotage dans un domaine impliquant plusieurs acteurs aux intérêts divergents.

L'OFSP a également soutenu la mise en œuvre des « Alliances contre la dépression » dans dix cantons ces dix dernières années. Ces alliances visent à : former les médecins généralistes au dépistage et au traitement des troubles dépressifs, mieux sensibiliser la population à ce problème, informer d'autres acteurs clés (enseignants, personnel soignant, officiers de police, journalistes, etc.) et soutenir les personnes souffrant de dépression ainsi que leurs proches. Si, grâce à elles, la population est davantage au fait de ces problèmes, rien ne permet encore d'affirmer que les objectifs de sensibilisation ont été atteints.

L'OFSP n'a certes pas d'influence directe sur la fourniture des prestations de santé, mais il est chargé des aspects « formation », « octroi des licences » et « formation complémentaire » des professionnels de la santé mentale. Ces attributions pourraient constituer un point de départ pour s'efforcer d'améliorer le système de santé mentale afin qu'il prenne mieux en compte les problèmes liés au travail et la question du maintien des patients dans l'emploi. En étoffant la base d'informations disponibles sur les problèmes de santé mentale en milieu professionnel, ainsi que sur les concepts de soutien pour lesquels on dispose de faits, et en intégrant ces éléments aux études de médecine et à la formation complémentaire des psychiatres, l'OFSP pourrait avoir un impact fort.

Ce sont les cantons qui planifient et fournissent les soins de santé mentale

En matière de soins de santé mentale, les cantons constituent un maillon très important, car ils fournissent – et financent en partie – des services hospitaliers, ainsi que des prestations aux personnes en situation de handicap ; de plus, ils sont chargés de la mise à disposition des services de soins (hospitaliers et ambulatoires), de la prévention et de la promotion de la santé. Il s'ensuit qu'il existe en Suisse 26 systèmes différents de soins de santé mentale, ce qui donne à la CDS une importance capitale dans la planification du futur système de santé mentale.

La CDS a commencé à élaborer un guide pour la planification de la psychiatrie (CDS, 2008), mais les thématiques liées à l'emploi et les besoins en matière d'aide à la réadaptation n'y sont pas du tout traités. La CDS y signale néanmoins que les services de santé mentale sont trop axés sur les soins hospitaliers et préconise de réduire la durée d'hospitalisation. D'après la CDS, les soins hospitaliers mobilisent trop de ressources qui pourraient être utilisées plus efficacement en développant les soins ambulatoires.

Les définitions et les critères sont différents d'un secteur à l'autre

L'interface entre services de santé mentale, les services de réadaptation et l'assurance sociale est très compartimentée, ce qu'illustre notamment le fait que l'évaluation du droit aux prestations de l'assurance invalidité est réalisée par les offices de l'assurance invalidité, alors que l'évaluation des besoins en services des personnes handicapées est de la responsabilité des départements cantonaux chargés de l'instruction publique. Ainsi, lorsqu'une personne devient bénéficiaire d'une rente d'invalidité et souhaite ensuite travailler, c'est au département cantonal chargé de l'éducation qu'il revient d'évaluer l'assistance nécessaire en raison de l'état de santé de la personne : place en atelier protégé, logement subventionné, etc.

En raison d'un récent transfert des responsabilités financières de la Confédération vers les cantons pour ce qui concerne les personnes handicapées, tous les cantons ont dû concevoir un système de soins à l'intention de ce groupe de population. La plupart des cantons ont entrepris de changer leur système de financement, pour qu'il soit centré non plus sur les structures de réadaptation, mais sur les personnes handicapées elles-mêmes. Par conséquent, depuis quelques années, les cantons mettent au point de nouveaux instruments afin d'estimer le soutien nécessaire aux personnes handicapées.

Ces nouveaux instruments d'évaluation utilisés par les cantons ont été mis au point sans coordination avec les offices de l'assurance invalidité qui

sont, en raison de leur responsabilité dans l'évaluation du droit aux prestations de l'assurance invalidité, pourtant très au fait du degré de handicap des bénéficiaires, et sans faire intervenir de médecins ni de psychiatres. La situation médicale des personnes handicapées n'est guère prise en compte dans l'évaluation de leurs besoins liés à la réadaptation.

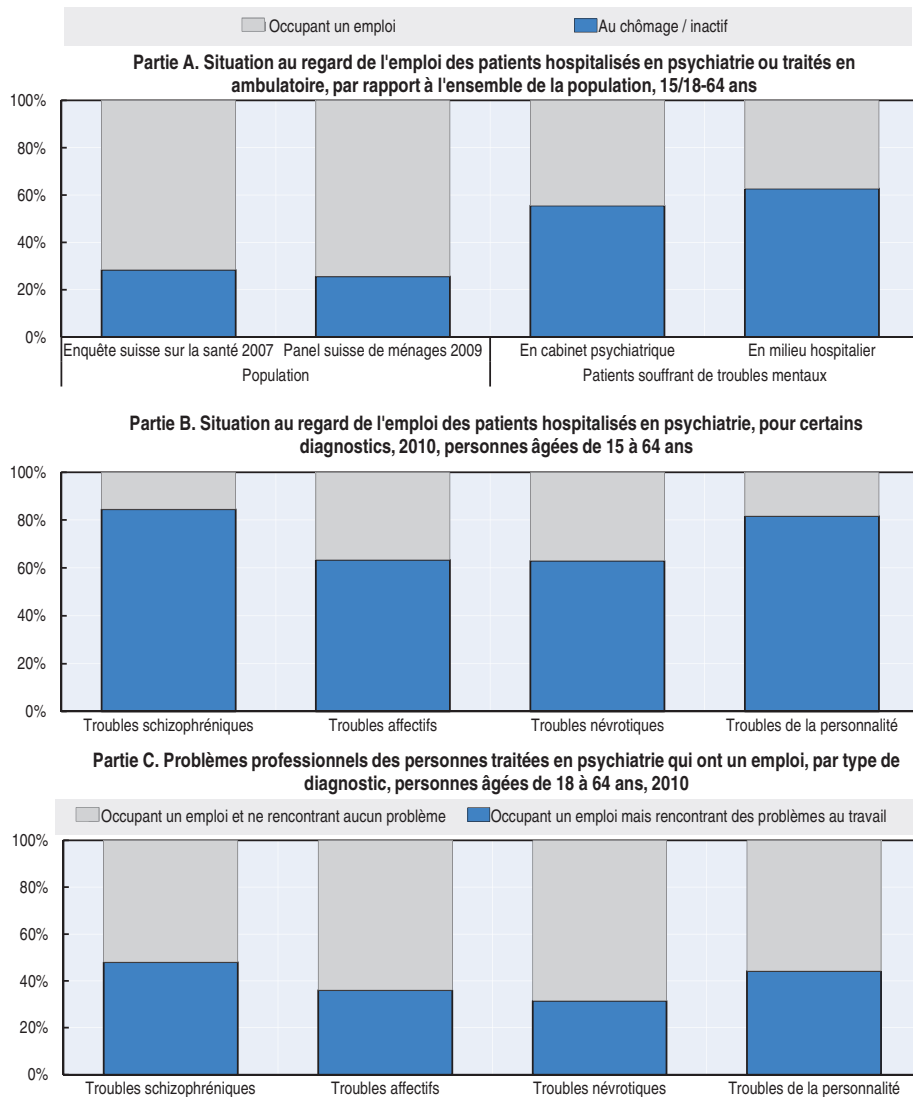
La situation en matière d'emploi influe beaucoup sur les résultats des traitements

La situation d'un patient en matière d'emploi est l'un des facteurs prépondérants quant à la probabilité, la durée et les résultats d'une hospitalisation. Le graphique 5.5 (partie A) montre que les patients soignés en cabinet psychiatrique et en clinique occupent rarement un emploi (environ 40 %) et que ceux qui souffrent de troubles schizophréniques ou de troubles de la personnalité sont particulièrement désavantagés (partie B). Ces deux derniers troubles se manifestent généralement tôt dans l'enfance ou l'adolescence et peuvent être très handicapants en raison des déficits cognitifs (schizophrénie) ou des problèmes interpersonnels (troubles de la personnalité) qu'ils entraînent. Il en va de même pour les patients soignés en ambulatoire et qui occupent toujours un emploi : ceux atteints de schizophrénie ou de troubles de la personnalité ont plus de problèmes professionnels que ceux qui souffrent de troubles affectifs ou névrotiques (partie C).

Certains éléments donnent à penser qu'en ce qui concerne l'emploi, la situation des patients souffrant de problèmes psychiatriques pourrait à elle seule avoir des effets sur la durée de leur traitement et sur leur rétablissement. Les patients ambulatoires qui occupent un emploi suivent également des traitements bien moins longs que les patients chômeurs ou inactifs – quelle que soit la gravité de leur maladie (graphique 5.6, partie A). Généralement, plus l'état du patient est grave au début du traitement, plus le traitement sera long et plus il sera efficace (c'est-à-dire plus les symptômes s'amélioreront). Mais pour un même degré de gravité (évalué par le psychiatre traitant), la situation au regard de l'emploi fait une grande différence.

Pour les patients légèrement malades, la durée totale du traitement – c'est-à-dire la durée écoulée et la durée théorique future – ainsi que les résultats du traitement en cabinet psychiatrique privé ne varient pas en fonction de leur situation en matière d'emploi, mais le fait de travailler change considérablement la donne chez les patients modérément ou très malades. La durée de traitement des patients qui souffrent de troubles mentaux modérés et qui occupent un emploi est réduite de plus de 20 mois par rapport à celle des patients au chômage.

Graphique 5.5. **Le taux de chômage est globalement élevé chez les patients en psychiatrie, mais on observe des différences notables selon les troubles diagnostiqués**



Note : Les troubles liés à la consommation de drogues ne sont pas pris en compte, n'étant inférieur à 10 dans ce calcul.

Source : Parties A et B : Baer, N. et al. (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung », Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Partie C : OCDE à partir de Amsler, F. et al. (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte ».

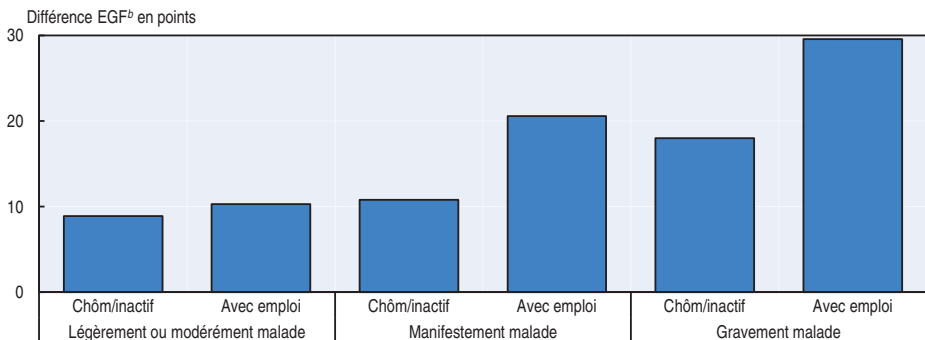
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932930290>

Graphique 5.6. Pour les patients ambulatoires occupant un emploi, les traitements sont plus courts et le rétablissement meilleur – quelle que soit la gravité de leur maladie

Partie A. Durée de traitement^a des patients soignés en cabinet psychiatrique privé, selon la gravité de la maladie et la situation au regard de l'emploi, 2009, 18-64 ans




Partie B. Amélioration fonctionnelle depuis le début du traitement, selon la gravité de la maladie et la situation au regard de l'emploi



- Par « durée du traitement », on entend la somme des mois de traitement déjà écoulés et du nombre de mois de traitement restant à suivre en théorie ; cette notion peut couvrir plusieurs épisodes de traitement.
- L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement – EGF (DSM IV-TR) est un instrument d'évaluation destiné aux professionnels qui permet de décrire la gravité d'une maladie, ainsi que le handicap, et dans lequel 0 représente le degré de gravité le plus élevé et 100 l'absence de symptômes, le niveau supérieur de fonctionnement ; « Différence EGF » fait référence à la différence en points, sur l'échelle EGF, entre l'état actuel et l'état au début du traitement.
- Prévalences : Légèrement ou modérément malade 18 %, Manifestement malade 51 %, gravement malade 31 %.

Source : Baer, N. et al. (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung », Schweizerisches Gesundheitsobservatorium ; calculs réalisés à partir d'une enquête sur les psychiatres indépendants du canton de Berne [Amsler, F. et al. (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte »].

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932930309>

Pour les patients très malades, cette différence est de plus de 15 mois. En outre, dans le processus de rétablissement, les patients occupant un emploi font, pour la plupart, des progrès plus notables que les personnes au chômage ou inactives (graphique 5.6, partie B). Il en va de même pour les patients hospitalisés (OCDE, 2012). On retrouve également ce résultat dans de précédentes études sur les variables explicatives de la durée des hospitalisations dans les cliniques psychiatriques suisses, où les modèles de régression étaient calculés sur la base des mêmes données d'hospitalisation (Meyer et al., 1998).

Différents facteurs peuvent expliquer la relation étroite entre la situation professionnelle, la durée du traitement et ses résultats (ainsi, mesurer la gravité de la maladie peut être réducteur, car on met alors l'accent sur la phase aiguë). Toutefois, ces éléments soulignent qu'il importe de promouvoir le maintien dans l'emploi et, pour ceux qui n'ont pas d'emploi, un retour rapide sur le marché du travail.

Les services de santé mentale ne sont pas encore prêts à s'occuper des questions relatives à l'emploi

Bien qu'en Suisse, les services cantonaux de santé mentale soient planifiés selon des principes élaborés par le secteur de la psychiatrie sociale, qui y souligne l'importance des facteurs sociaux dans l'apparition, la manifestation et les conséquences des troubles mentaux (CDS, 2008), les structures de soins de santé mentale ne sont pas systématiquement en contact avec les employeurs ou les centres de réadaptation professionnelle. Aucun principe ni outil d'intervention n'a par ailleurs été mis au point concernant les patients confrontés, au travail, à des difficultés dues à leur état de santé (Cahn et Baer, 2003).

Pour les patients chômeurs ou inactifs mais désireux d'occuper un emploi normal, certaines cliniques psychiatriques ont mis en place des services inspirés du système d'emploi assisté. C'est notamment le cas des cliniques psychiatriques universitaires de Zurich (Burns et al., 2007), Berne (Hoffmann et al., 2012) et Lausanne. Néanmoins, bien que ces services aient acquis une réputation flatteuse au sein du système de santé mentale, ils i) touchent une population réduite ; ii) ne sont souvent pas bien intégrés aux services de santé mentale de routine et iii) ne permettent que rarement aux bénéficiaires de rentes d'invalidité de s'affranchir de ces prestations. Pour la plupart, les services d'emploi assisté ne sont pas fournis par les structures de santé mentale, mais par des centres de réadaptation professionnelle ou des ateliers protégés dont le champ d'action s'est élargi ces dernières années. Il n'y a pas de coopération systématique entre ces services pour l'emploi et les structures psychiatriques qui ont d'ailleurs peu de principes en commun (par

exemple quant à la meilleure façon d'évaluer les problèmes professionnels, de concevoir le programme de réadaptation et de favoriser le maintien dans l'emploi ou la réinsertion). Les connaissances psychiatriques sur le fonctionnement et les déficiences ne sont pas utilisées par les services chargés de l'emploi, et inversement.

Plusieurs facteurs concourent à ce cloisonnement. Premièrement, les professionnels de la réadaptation ont généralement une formation en pédagogie et prennent de la distance vis-à-vis de l'aspect médical en général et du diagnostic en particulier – pour privilégier le potentiel de réadaptation. Deuxièmement, les médecins généralistes et les psychiatres n'ont pas la formation suffisante pour associer les psychopathologies à des limites fonctionnelles et ils sous-estiment l'importance de leurs connaissances sur les symptômes dans l'évaluation des difficultés au travail et dans la planification des interventions de réadaptation. Troisièmement, en raison de disparités dans les modalités de financement et de l'éparpillement des responsabilités entre différentes autorités, il n'existe pas d'indicateur de qualité adapté pour assurer que les services psychiatriques s'occupent des questions d'emploi, ou que les services de l'emploi prennent en compte les conséquences d'un trouble mental sur le fonctionnement au travail.

Cette insuffisance des informations fournies dans les rapports médicaux quant aux aptitudes fonctionnelles a été relevée à maintes reprises (Ebner et al., 2012, par exemple). Entre-temps, des recommandations formelles à l'intention des médecins, portant sur les modalités d'évaluation de l'invalidité, ont été élaborées – elles insistent notamment sur l'importance de réaliser une évaluation de la capacité fonctionnelle et de la personnalité du demandeur. Cette mesure semble intéressante, bien que son efficacité reste à prouver.

Les psychiatres réalisent un examen médical, mais n'ont pas pour habitude de contacter les employeurs, pour le cas où leurs patients risqueraient de perdre leur emploi ou de rencontrer des difficultés au travail (Baer et al., 2013). Si environ 40 % des patients occupant un emploi et suivis en cabinet privé ont des problèmes au travail (graphique 5.6, partie C), les psychiatres ont rarement des contacts directs avec les employeurs, en partie seulement du fait d'un refus de leurs patients. Ils ont en revanche des contacts réguliers avec les structures d'emploi protégé. On peut en déduire que les psychiatres s'intéressent à la situation professionnelle de leurs patients, mais uniquement lorsque ces derniers sont confrontés à un lourd handicap et occupent un emploi protégé. La question se pose de savoir si les psychiatres se sentent suffisamment bien équipés pour communiquer avec la hiérarchie des patients et avec les professionnels des ressources humaines.

Les médecins peuvent être réticents à communiquer des informations pertinentes pour l'employeur, afin de préserver la confiance dans la relation thérapeutique qu'ils entretiennent avec le patient. Cela étant, les problèmes de santé mentale liés au travail sont souvent sans relation directe avec un environnement de travail spécifique. Il suffirait donc que les psychiatres traduisent les symptômes prédominants du trouble mental (manque de contrôle des pulsions en cas de relations interpersonnelles délicates par exemple) en contexte fonctionnel (nécessité de privilégier le travail individuel et de limiter le travail en équipe par exemple) et de laisser les employeurs intégrer ces informations à leur contexte particulier.

Conclusions

Globalement, en Suisse, le système de santé mentale fonctionne bien. Il permet une prise en charge différenciée et fournit une large gamme de services, ambulatoires et hospitaliers, assurés par des généralistes et des spécialistes. Les taux de réadmission des patients après leur sortie sont bas comparés à ceux d'autres pays de l'OCDE. Le système suisse de santé mentale se caractérise notamment par son taux élevé de psychiatres indépendants, taux qui est de loin le plus élevé des pays de l'OCDE. Ce système compte en outre de nombreux psychothérapeutes et de nombreuses structures psychiatriques qui administrent des traitements ambulatoires.

Mais cette offre abondante de soins de santé mentale a un coût : la Suisse consacre d'importantes ressources financières aux soins de santé en général et aux hôpitaux psychiatriques en particulier. Traditionnellement, en matière de soins de santé mentale, l'hospitalisation est fortement privilégiée – les cliniques psychiatriques comptent de nombreux lits d'hospitalisation – et les durées de traitement hospitalier sont longues. Sur ces deux plans, la Suisse se situe bien au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE.

Si les soins de santé mentale semblent se révéler très efficaces pour réduire les symptômes, leur mise en œuvre reste trop éloignée du monde du travail, ce qui ne rend pas justice au rôle très positif que peut avoir l'emploi dans le processus de guérison et ne contribue guère au maintien des patients dans l'emploi. Il existe à la fois des problèmes et des potentialités qui restent d'actualité et qui mériteraient que l'on s'y intéresse à l'avenir.

Intégrer des responsabilités dispersées

En Suisse, la responsabilité des soins de santé mentale incombe à plusieurs acteurs, notamment l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les cantons et l'assurance maladie. Parce que les soins de santé mentale concernent également les patients ayant des besoins sociaux et de

réadaptation, les collectivités et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sont également impliqués. Ce fractionnement des responsabilités juridiques et financières empêche une gestion cohérente du système de santé mentale. L'interface entre le monde du travail et celui de la santé mentale n'est assurée par aucune entité. La Suisse s'efforce certes de compenser cette fragmentation de diverses façons, mais pourrait faire davantage à cet égard.

- L'OFSP devrait renforcer sa compétence d'organisme pilote en introduisant des modules obligatoires sur l'emploi dans les cursus, les procédures d'obtention de licences et la formation complémentaire des médecins en général et des psychiatres en particulier. L'Institut suisse pour la formation médicale, chargé de définir le contenu de l'enseignement et de la formation dans le domaine médical, devrait mettre l'accent sur cet objectif, en concertation avec les organisations professionnelles de médecins et l'académie des sciences médicales.
- L'OFSP devrait développer, pour les professions liées à la santé mentale, des indicateurs de qualité relatifs à l'emploi.
- L'OFSP, la CDS, l'OFAS et les associations de psychiatres et de psychothérapeutes devraient s'accorder sur des principes d'intervention médicale garantissant le maintien dans l'emploi et la réadaptation professionnelle – en coopération avec les organisations d'employeurs.

Mettre davantage l'accent sur les questions d'emploi

Bien que le statut en termes d'emploi ait une incidence capitale sur le temps de rétablissement, les prestataires de services de santé mentale ne considèrent pas la situation professionnelle de leurs patients comme un problème hautement prioritaire.

- L'OFSP et la CDS devraient élaborer des lignes directrices relatives à l'emploi pour le traitement des problèmes de santé mentale, en concertation avec les psychiatres et les médecins généralistes.
- Les prestataires de services de santé mentale hospitaliers et ambulatoires institutionnels devraient mettre en place des structures de soutien destinées aux employeurs, afin d'empêcher l'absentéisme de longue durée, les pertes d'emploi et les incapacités de travail.
- L'élaboration de directives formelles sur l'analyse fonctionnelle par les psychiatres, récemment entamée par l'OFAS, devrait également englober les lignes directrices relatives à l'emploi en général, notamment les questions du secret médical et des certificats d'arrêt

maladie, ainsi que la collaboration avec les employeurs et les structures chargées du handicap à l'échelon des cantons.

- Les cliniques psychiatriques devraient être encouragées à mettre au point un dépistage précoce d'éventuels problèmes au travail et d'évaluer les besoins en soutien à l'emploi de leurs nouveaux patients hospitalisés.
- Les cantons, les assurances maladie et les prestataires de services de santé mentale devraient définir des critères d'admission en soins hospitaliers et en soins ambulatoires, l'objectif étant d'accroître la pertinence de l'hôpital de jour et des structures extra-hospitalières pour éviter les hospitalisations superflues.
- Les services psychiatriques des hôpitaux de jour devraient être incités à recruter des professionnels de l'emploi et à intégrer des mesures de réadaptation professionnelle à leurs concepts de traitement.

Lutter contre les traitements insuffisants et inadaptés

Bien que les soins spécialisés en santé mentale bénéficient de ressources très importantes, les taux de traitement en Suisse ne sont pas beaucoup plus élevés que dans d'autres pays où les dépenses en soins de santé mentale sont bien moindres. Les psychiatres traitent relativement peu de patients, qu'ils choisissent, sur une longue durée ; les médecins généralistes ne traitent qu'une petite partie des patients qu'ils jugent atteints de maladie mentale et enfin, les psychothérapeutes ne peuvent pas traiter suffisamment de patients à cause de problèmes structurels de financement.

- Les cantons et les assurances maladie devraient renforcer les incitations financières pour promouvoir une collaboration accrue entre médecins généralistes et psychiatres, afin d'augmenter le nombre de personnes traitées et la mise en œuvre de traitements adéquats.
- Les associations de médecins généralistes et de psychiatres devraient élaborer des règles pour les transferts de patients entre services de soins primaires et services de soins spécialisés.
- Les assurances maladie, les associations de psychiatres et l'OFSP devraient formuler des recommandations sur les durées standards et les durées souhaitables de traitement.
- Le financement des psychothérapies devrait être simplifié, et leurs coûts remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

Références

- Amsler, F., D. Jäckel et R. Wyler (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte – Angebote, Lücken und Mängel », [Rapport final sur les évaluations des services ambulatoires en institutions et des traitements psychiatriques en soins de jour dans le canton de Berne avec un accent particulier sur les projets pilotes – Services, difficultés et défaillances], www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung.assetref/content/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/gef_verseorgungsplanung_5_eval_ambu_teilstationaere_psychiatreivers_d.pdf.
- Baer, N. et T. Cahn (2008), « Psychische Gesundheitsprobleme » [Problèmes de santé mentale], in K. Meyer (dir. pub.), *Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Verlag Hans Huber, Berne.
- Baer, N., D. Schuler, S. Füglistler-Dousse et F. Moreau-Gruet (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration » [Dépressions parmi la population suisse. Données sur l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socio-professionnelle], *Obsan Bericht 56*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Becker, D., G. Bond, D. McCarthy, D. Thompson, H. Xie, G.J. McHugo et R.E. Drake (2001), « Converting Day Treatment Centres to Supported Employment Programs in Rhode Island », *Psychiatric Services*, n° 52, pp. 351-357.
- Bridler, R., A. Orosz, K. Cattapan et H. Stassen (2012), « In Need of Psychiatric Help – Leave a Message After the Beep », *Psychopathology*, <http://dx.doi.org/10.1159/000341729>.
- Burns, T., J. Catty, T. Becker et al. (2007), « The Effectiveness of Supported Employment for People with Severe Mental Illness: A Randomised Controlled Trial », *The Lancet*, n° 370, pp. 1146-1152.
- Cahn, T. et N. Baer (2003), « Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept Baselland » [Deuxième plan de suivi des soins de santé mentale dans le canton de Bâle-Campagne], Verlag des Kantons Basel-Landschaft, Liestal.
- CDS (2008), « Guide de la planification de la psychiatrie », Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne.

- Ebner, G., V. Dittmann, R. Mager et al. (2012), « Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten » [Enquête sur les évaluations des soins formels de psychiatrie], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.
- Goldberg, D.P. et Y. Lecrubier (1995), « Form and Frequency of Mental Disorders Across Centres », in T.B. Üstün et N. Sartorius (dir. pub.), *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, John Wiley & Sons, Chichester, à la demande de WHO, pp. 323-334.
- Hodgson, R., M. Lewis et A. Boardman (2001), « Prediction of Readmission to Acute Psychiatric Units », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 36, pp. 304-309.
- Hoffmann, H., D. Jäckel, S. Glauser et Z. Kupper (2012), « A Randomised Controlled Trial of Efficacy of Supported Employment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, pp. 157-167.
- Krowatschek, G., S. Krömer, F. Stahl, W. Rössler et W. Kawohl (2012), « Ambulante oder stationäre Krisenintervention: Wer nutzt was? » [Interventions de crise en soins ambulatoires et hospitaliers : Qui utilise quoi ?], *Psychiatrische Praxis*, n° 39, pp. 21-25.
- Kuhl, H.J. et J. Herdt (2007), « Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik » [Utilisation de soins psychiatriques en hôpital. Une évaluation épidémiologique des statistiques médicales], Schweizerisches gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Lauber C., B. Lay et W. Rössler (2006), « Length of First Admission and Treatment Outcome in Patients with Unipolar Depression », *Journal of Affective Disorders*, n° 93, pp. 43-51.
- Linden, M., W. Maier, M. Achberger et al. (1996), « Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland » [Traitement des troubles mentaux dans les pratiques de soins primaires en Allemagne], *Nervenarzt*, n° 67, pp. 205-215.
- Marshall, M., R. Crowther, W. Hurt Sledge, J. Rathbone et K. Soares-Weiser (2011), « Day Hospital Versus Admission for Acute Psychiatric Disorders », The Cochrane Library, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2>.
- Meyer, P., M. Neuenschwander et S. Christen (1998), « Leistungsevaluation durch psychiatrische Basisdaten im Kanton Zürich » [Évaluation de la performance des données psychiatriques de base dans le canton de Zurich], in D. Hell et al. (dir. pub.), *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung*, Karger, Bâle.

- Moreau-Gruet, F. et C. Lavignasse (2009), « Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Dienste in der Schweiz » [Inventaire des services psychiatriques ambulatoires et de jour en Suisse], Schweizerisches gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Nordentoft, M., J. Ohlenschlaeger, A. Thorup et al. (2010) « Deinstitutionalization Revisited: A 5-year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial of Hospital-Based Rehabilitation Versus Specialized Assertive Intervention (OPUS) Versus Standard Treatment for Patients with First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders », *Psychological Medicine*, vol. 40, n° 10, pp. 1619-1626.
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr>.
- OCDE/OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr>.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique/Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004), « Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung » [Stratégie nationale de santé mentale pour protéger, promouvoir, maintenir et restaurer la santé mentale de la population], NGP, Berne.
- OMS/Wonca (2008), « Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective », *Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale des médecins de famille*, Éditions de l'OMS, Genève.
- Rüesch, P., A. Bänziger et S. Juvalta (2013), « Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie » [Utilisation psychiatrique régionale et besoins en d'équipements en Suisse. Données, modèles statistiques, choix de résultats – Une étude exploratoire], *Obsan Bericht 23*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Schuler, D. et L. Burla (2012), *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring 2012* [Santé mentale en Suisse – Monitoring 2012], Obsan, Neuchâtel.
- Spiessl, H. et C. Cording (2000), « Zusammenarbeit niedergelassener Allgemeinärzte und nervenärzte mit der psychiatrischen Klinik » [Coopération entre généralistes et médecins et cliniques psychiatriques], *Nervenarzt*, n° 72, pp. 190-195.

- Sturny, I. et P. Camenzind (2011), « Erwachsene Personen mit Erkrankungen: Erfahrungen im Schweizerischen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich » [Les adultes atteints de troubles : Expérience dans le système suisse de santé en comparaison internationale], *Obsan Dossier 17*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Sturny, I. et D. Schuler (2011), « Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010 » [Soins psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse. Monitoring 2010], Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- van der Feltz-Cornelis, C.M., R. Hoedeman, F.J. de Jong, J. Meeuwissen, H. Drewes, N. van der Laan et H. Adèr (2010), « Faster Return to Work After Psychiatric Consultation for Sick Listed Employees with Common Mental Disorders Compared to Care as Usual. A Randomized Clinical Trial », *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, n° 6, pp. 375-385.
- Zhang, J., C. Harvey et C. Andrew (2011), « Factors Associated with Length of Stay and the Risk of Readmission in an Acute Psychiatric Inpatient Facility: A Retrospective Study », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, n° 45, pp. 578-585.



Extrait de :
Mental Health and Work: Switzerland

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/9789264204973-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2014), « Tirer davantage parti du système suisse de santé mentale », dans *Mental Health and Work: Switzerland*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264205192-10-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.