

Critères de réussite des services psychiatriques mobiles

Rapport final

Par ordre de

l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Unité de direction Politique de la santé, section Politique nationale de la santé

Désirée Stocker, Jolanda Jäggi, Victor Legler, Kilian Künzi

Berne, le 28.02.2018

Mentions légales

Numéro du contrat: 17.006812 / 704.0001-869/1

Durée: du 01.07.2017 au 31.03.2018

Direction du projet à l'OFSP: Lea Meier, unité de direction Politique de la santé, section
Politique nationale de la santé

Responsable du projet au sein de la
Conférence suisse des directrices et
directeurs de la santé: Diana Müller

Contact: Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Suggestion de citation: Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Critères de réussite des services psychiatriques mobiles*. Berne: Office fédéral de la santé publique

Le contenu du présent rapport ne correspond pas nécessairement à la vision du mandant.

Sommaire

Sommaire	II
Résumé	III
1 Situation initiale	1
1.1 Objectifs	1
1.2 Définition des services psychiatriques mobiles	1
1.3 Procédure	2
1.3.1 Sondage auprès des cantons et des prestataires	2
1.3.2 Journée	3
1.3.3 Présentation du rapport	3
2 Structures organisationnelles des services psychiatriques mobiles	4
2.1 Professionnels et disciplines spécialisées	4
2.2 Organisation, fourniture de prestations et pleine exploitation	5
3 Groupes cibles	9
3.1 Groupes d'âges et domicile	9
3.2 Maladie et restriction	10
4 Prestations et financement	13
4.1 Base du financement de prestations de services mobiles	13
4.2 Prestations des services psychiatriques mobiles	17
4.3 Modalités de la fourniture et du financement des prestations	18
5 Facteurs de réussite et défis	21
5.1 Facteurs de réussite et prestations spécifiques	21
5.2 Défis et besoins d'agir	26
6 Synthèse et discussion	30
6.1 Classification des services psychiatriques mobiles	30
6.2 Discussion sur les facteurs à considérer et déductions	32
6.2.1 Facteurs propices à l'ancrage de services mobiles	32
6.2.2 Effets attendus et observés des services mobiles	35
6.2.3 Conclusions	37
7 Bibliographie	38
Annexe	39
7.1 Programme journée services psychiatriques mobiles	39

Résumé

Situation initiale

Des études nationales et internationales font référence au potentiel des offres intermédiaires, p. ex. des cliniques de jour, services ambulatoires et services mobiles, proposées **en complément de la prise en charge stationnaire et ambulatoire** des personnes atteintes d'une maladie psychique. Ces dernières années, des offres et projets modèles correspondants se sont multipliés en Suisse; le développement substantiel des capacités intermédiaires de traitement s'est toutefois avéré plutôt lent (OFSP, 2016).

Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique OFSP, en collaboration avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), a mandaté un projet centré sur les services psychiatriques mobiles en tant que forme d'offres intermédiaires.

But et procédure

Le projet a pour but premier d'établir un aperçu des offres et types d'offres qui existent dans le domaine des services psychiatriques mobiles en Suisse. Un **sondage des cantons** (n=26) ainsi qu'un **sondage des fournisseurs de prestations** (n=265) ont été réalisés à cet effet. Le deuxième but portait sur le réseautage des cantons, des prestataires et d'autres acteurs clés ainsi que sur une discussion commune sur les facteurs de réussite et les défis inhérents à une mise en œuvre adaptée aux besoins et durable des services psychiatriques mobiles. À cet effet, un **atelier national**, qui a eu lieu le 27.11.2017 à Berne, avait été organisé.

Critères de définition des «services mobiles» dans le domaine de la psychiatrie

- Offre de soutien aux **personnes atteintes d'une maladie psychique** (traitement, accompagnement, évaluation).
- L'offre se présente sous forme de **visites de proximité**, c.-à-d. que les personnes sont traitées dans leur environnement (domestique) par des professionnels.
- Les offres de proximité peuvent s'adresser à **tous les groupes d'âge** et englobent, outre le **traitement de troubles aigus**, le **traitement intermédiaire**, le **suivi ultérieur** après un séjour stationnaire ainsi que le domaine du **traitement de longue durée** (p. ex. soins psychiatriques).¹

¹Les offres spécifiques pour personnes atteintes de démence, les aides familiales de proximité sans rapport avec

Typologie des services psychiatriques mobiles en Suisse

Trois catégories de services psychiatriques mobiles peuvent être différenciées à partir des résultats du sondage des prestataires relatif aux structures organisationnelles, aux professionnels impliqués, aux groupes cibles et aux prestations proposées.

■ **Type 1: soins psychiatriques ambulatoires à domicile** proposés par des infirmières et infirmiers libéraux spécialisés en soins psychiatriques et des services d'aide et de soins à domicile. Ils sont organisés principalement sous forme monodisciplinaire, toutefois en collaboration avec des médecins prescripteurs. Les traitements de longue durée sont au centre de l'attention. Plus de trois tiers des prestataires sondés appartiennent à cette catégorie. Bien que le sondage ne soit pas représentatif, retenons que les infirmières et infirmiers constituent le groupe professionnel le plus conséquent et le plus important dans le domaine des soins psychiatriques mobiles, y compris en ce qui concerne les équipes multiprofessionnelles.

■ Type 2: services psychiatriques mobiles d'hôpitaux et de cliniques psychiatriques

2a: services de conciliation et de liaison

2b: unités mobiles d'hôpitaux et de cliniques psychiatriques

Ce type d'offres est rattaché aux hôpitaux ou cliniques au niveau institutionnel, la prestation se présente toutefois sous forme d'une offre de proximité (entre autres). **Les services mobiles de conciliation et de liaison** ne se contentent pas de procéder fréquemment à des évaluations; ils sont aussi directement impliqués dans le traitement et l'accompagnement de patient-e-s dans des structures telles que les centres médico-sociaux ou les prisons.

Les unités mobiles du type 2b sont généralement multiprofessionnelles et disposent, selon le groupe cible et l'éventail d'offres, de diverses dénominations, p. ex. home treatment (traitement à domicile), intervention mobile en cas de crise, traitement de troubles aigus intégré dans la commune ou gestion intensive de cas. Une partie de ces offres porte sur des alternatives aux séjours stationnaires en clinique, par conséquent sur des traitements de durée limitée. D'autres sont conçues sous forme d'un accompagnement de longue durée.

l'état de santé psychique de la personne ainsi que les offres intermédiaires externes hors proximité telles que celles des cliniques de jour et des services ambulatoires ne sont pas au cœur de la présente étude.

■ Type 3: services mobiles d'autres prestataires

Cette catégorie restante est orientée vers des offres de proximité proposées par des fondations ou des associations en premier lieu financées par l'assurance-invalidité, les services sociaux ou les impôts (p. ex. accompagnement au logement).

Facteurs de réussite et défis

L'ancrage durable et la réussite du traitement par des services psychiatriques mobiles sont étroitement liés aux **quatre facteurs clés suivants**:

■ **Réseautage**: la collaboration entre les acteurs du secteur de la santé publique est cruciale, tant **au niveau du cas particulier** que plus généralement **aux interfaces** entre les formes de traitements ambulatoires, intermédiaires et stationnaires. Cet aspect est déjà pris en compte à grande échelle. La peur de la concurrence, l'étude de l'interconnexion entre différentes formes d'offres, la notoriété encore faible des offres mobiles de soins et leur intégration pertinente ainsi que la collaboration interdisciplinaire entre **le secteur de la santé et celui des affaires sociales** représentent toutefois des défis.

■ **Financement**: le financement garanti sur le long terme est un facteur de réussite important, et simultanément un défi majeur pour les services psychiatriques mobiles. Il existe certaines possibilités de financement, mais dans l'ensemble, le **financement insuffisant de prestations individuelles** (p. ex. durée des trajets, frais de coordination, limitation dans la durée de la rémunération de professionnels non médicaux dans TARMED) ainsi que **l'incertitude en termes de planification** d'offres qui dépendent de contributions financières publiques des cantons, représentent des défis importants. Les différentes réglementations en matière de **financement des soins** (coûts normalisés, financement résiduel) constituent un autre facteur qui contribue au fait que la **disponibilité** des offres de soins psychiatriques mobiles est plus ou moins garantie selon le lieu de résidence.

■ **Professionnels**: l'offre actuelle de services psychiatriques mobiles est proposée par des **professionnels qualifiés**. Pour cela, ils doivent acquérir un **savoir-faire spécifique**; les échanges professionnels permanents et les formations continues sont également importants. La **continuité** du traitement et **de la relation** est un facteur crucial pour la réussite du traitement.

■ **Accès à bas seuil**: l'accès à bas seuil au système de soins est une prestation spécifique des services de proximité. Les personnes qui présentent un risque particulier en matière de prise en charge insuffisante en raison de leur maladie ou de leur niveau de capacités en profitent tout particulièrement. Dans ce contexte, le critère «proximité» n'est pas l'unique élément à prendre prioritairement en considération: la **flexibilité** des horaires et la **joignabilité** à court terme des professionnels sont tout aussi importantes, car elles permettent de traiter rapidement les incertitudes et les questions. Dans des régions urbaines, les prestataires parviennent généralement à se rendre auprès des patient-e-s en très peu de temps si besoin est; par contre, les longues distances et **les durées de déplacement** non rémunérées représentent un défi dans les régions rurales.

Conclusions

De manière générale, les services mobiles sont **centrés sur les patient-e-s**. Les groupes de patient-e-s qui présentent un risque accru d'insuffisance de prise en charge et de désintégration (entre autres les personnes qui ont un niveau de capacités fortement limité, des problèmes de dépendance, des comorbidités psychiques et/ou somatiques) sont souvent le groupe cible d'offres de traitement de proximité. De plus, les proches sont qualifiés de «deuxième groupe cible» des services psychiatriques mobiles, car ils sont plus amplement impliqués et informés que dans d'autres environnements, ce qui représente un allègement dans de nombreux cas.

La relation avec des patient-e-s qui refusent le traitement, ne respectent pas les rendez-vous, etc. en raison de leur maladie ou de problèmes psychosociaux est un défi fondamental. **La stabilisation** médicale ou psychosociale **des patient-e-s**, la détection précoce et la gestion de crises, ainsi que la réduction du risque de suicide font partie des buts principaux des services psychiatriques mobiles. L'orientation du traitement et de l'encadrement vers la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes concernées est le but central de nombreuses offres. Ce but correspond aux principes applicables aux services de santé tels qu'ils sont ancrés dans la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles.

Il ressort du niveau actuel de la recherche qu'en Suisse également, il est possible de **réduire les jours de traitements stationnaires** grâce à des équipes de soins aigus et de crises mobiles – avec des coûts tendanciellement plus modérés. Des contacts périodiques permettent de détecter des crises en temps utile et d'éviter des séjours en clinique.

Les formes possibles d'économie de coûts – pour une qualité égale ou supérieure du traitement – nécessiteraient des études scientifiques tenant compte du contexte de prise en charge suisse.

Globalement, les résultats du présent projet démontrent que les services psychiatriques mobiles, en tant que complément aux structures classiques de traitement, peuvent contribuer à **combler des lacunes de prise en charge** et à améliorer la qualité de vie dans le sens de soins intégrés et orientés vers le/la patient-e. Le développement ultérieur devrait tenir compte des différents types d'offres qui peuvent respectivement assumer leur fonction spécifique au sein du système de santé.

1 Situation initiale

Le postulat Stähelin (10.3255) sur l'avenir de la psychiatrie en Suisse, qui a été élaboré par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), fait référence au potentiel des structures de prise en charge dites intermédiaires qui se situent entre les offres classiques du domaine ambulatoire (rendez-vous chez des médecins et des psychothérapeutes indépendants) et le traitement stationnaire dans des cliniques psychiatriques (OFSP, 2016). Les résultats de l'étude demandée par l'OFSP sur la situation des personnes atteintes de troubles psychiques en Suisse (Stocker et al., 2016) en matière de soins révèlent une prise en charge insuffisante au niveau des structures d'offres intermédiaires telles que cliniques de jour, services ambulatoires ou services de proximité, par exemple services psychiatriques d'aide et de soins à domicile et équipes mobiles. Certes, des offres et projets modèles correspondants ont vu le jour ces dernières années, mais le développement substantiel des capacités intermédiaires de traitement et la transposition de projets pilotes performants dans l'offre réglementaire sont toutefois encore hésitants (OFSP, 2016).

Dans ce contexte, l'OFSP, en collaboration avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de santé (CDS), a confié un projet qui se concentre sur les *services psychiatriques mobiles* en tant que forme d'offres intermédiaires.

1.1 Objectifs

Le projet a d'une part pour but de donner un aperçu des différents services psychiatriques mobiles présents en Suisse. Il ne s'agit pas d'une enquête structurelle représentative et exhaustive sur toutes les offres, mais en premier lieu d'une vue d'ensemble sur les différents *types* de services mobiles qui existent en Suisse. D'autre part, le projet doit promouvoir l'échange sur les critères de réussite et les défis en se basant sur les expériences des cantons en matière de création et de développement de différents services psychiatriques mobiles. Les *objectifs essentiels* sont les suivants:

- **aperçu** des offres/types d'offres qui existent dans le domaine des services psychiatriques mobiles
- **mise en réseau** des responsables cantonaux, des prestataires et d'autres acteurs en vue d'un échange et d'une discussion sur les facteurs de réussite et les défis
- **définition des critères de réussite** pour une intervention adaptée aux besoins et durable des services mobiles

1.2 Définition des services psychiatriques mobiles

En Suisse, il n'existe pas de prescriptions ancrées dans la loi sur ce que l'on entend par «services psychiatriques mobiles». Les ouvrages du domaine de la recherche ne présentent pas non plus de définition harmonisée et globalement valable qui aurait pu être utilisée pour le présent projet. C'est pourquoi une définition élargie et la délimitation du sujet ont été réalisées à partir des descriptions du rapport du Conseil fédéral concernant le postulat Stähelin (OFSP, 2016).

Définition: Nous entendons par «**services mobiles**» dans le domaine de la psychiatrie:

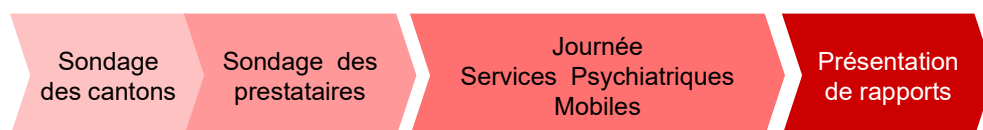
- l'offre **d'aide aux personnes ayant une maladie psychique** (traitement, accompagnement, évaluation);
- la notion de **visite** est un critère essentiel; cela signifie que les personnes concernées sont traitées dans leur environnement (domestique) par des spécialistes;
- les offres à domicile (visites) peuvent s'adresser à **tous les groupes d'âge** et englobent, outre le **traitement aigu** (p. ex. triage d'urgence, intervention en cas de crise), le **suivi ultérieur** après un séjour stationnaire ainsi que le domaine du **traitement de longue durée** (p. ex. soins psychiatriques).

Exemples et désignations de tels services mobiles: équipe mobile, traitement à domicile, Spitex psychiatrique, services mobiles de conciliation et de liaison, soignant-e-s indépendant-e-s spécialisé-e-s en psychiatrie. Les offres spécifiques pour personnes atteintes de démence, les aides familiales à domicile sans rapport avec l'état de santé psychique de la personne ainsi que les offres intermédiaires externes telles que cliniques de jour et services ambulatoires **ne sont pas au centre de la présente étude.**

1.3 Procédure

Le projet avait pour éléments constitutifs principaux deux sondages et un atelier (cf. **Graphique 1**).

Graphique 1: déroulement du projet



Source: présentation BASS

Dans un premier temps, les cantons et les fournisseurs de prestations ont été sondés sur les services psychiatriques mobiles en été/automne 2017. L'objectif visé consistait à déterminer à partir de ces sondages quelles offres psychiatriques de proximité existent dans les différents cantons, sous quelle forme elles sont organisées et financées, quels groupes de patient-e-s en bénéficient et quels sont les critères de réussite et les défis importants pour une garantie durable des services mobiles.

Dans un deuxième temps, les responsables cantonaux, prestataires, associations et autres acteurs ont été invités à un *atelier* sur le thème «Services psychiatriques mobiles». Durant cet atelier (du 27.11.2017), les résultats des sondages ont été présentés et, à partir d'exposés incitatifs, les facteurs de réussite et les défis en matière de mise en œuvre adaptée aux besoins et durable des services psychiatriques mobiles ont été mis en évidence et discutés sous forme approfondie.

1.3.1 Sondage auprès des cantons et des prestataires

Dans un premier temps, un court sondage (allemand/français/italien) a été réalisé afin de déterminer les offres présentes dans les cantons. Tous les responsables cantonaux de la prise en charge psychiatrique ont reçu un courrier. *Tous les cantons* ont participé au sondage.

En complément des résultats de ce sondage, un sondage un peu plus détaillé (allemand/français/italien), qui comportait également des questions sur l'éventail d'offres, les patient-e-s traité-e-s et les modalités concrètes de financement, a été réalisé auprès des prestataires. Au total, *265 services psychiatriques mobiles* ont participé au sondage des prestataires.

Toutes les personnes et offres nommées par les responsables cantonaux ont été invitées à participer au sondage des prestataires. De plus, tous les membres de l'association des soins psychiatriques ambulatoires (VAPP), les membres de l'association spécialisée des soins infirmiers indépendants (CURACASA, dont des membres sans spécialisation en psychiatrie), toutes les cliniques psychiatriques ainsi que toutes les associations cantonales d'aide et de soins à domicile/Spitex ont reçu un courrier attirant leur attention sur le sondage. Les groupes suivants ont été sondés:

- cliniques psychiatriques (universitaires, cantonales, régionales) (*env. 35*)
- services d'aide et de soins à domicile/Spitex (publics et privés) (*env. 40*)
- infirmières et infirmiers libéraux (VAPP, CURACASA) (*env. 2000*)
- autres organisations/institutions d'intérêt public (*env. 25*)

Le nombre précis des personnes et organisations contactées ne peut être défini pour diverses raisons. Il a été par exemple demandé aux responsables des associations cantonales d'aide et de soins à domicile/Spitex de retransmettre le lien à toutes les unités spécialisées qui existent au sein de l'association (p. ex. équipe, division, site), sachant que le questionnaire du sondage ne devait être rempli qu'une seule fois par service psychiatrique mobile (équipe/division/organisation). Il ne peut en outre être exclu que certains infirmiers et infirmières indépendants soient membres des deux associations et aient été contactés deux fois.

1.3.2 Journée

Dans le but de promouvoir l'échange entre les différents acteurs, les responsables cantonaux, prestataires et associations ont été conviés à une journée sur le thème «Critères de réussite des services psychiatriques mobiles» à l'OFSP à Berne en date du 27.11.2017.

Dans le cadre d'une première étape, des responsables cantonaux ainsi que des représentant-e-s d'associations sélectionnées (associations faîtières d'assurances, fournisseurs de prestations, personnes concernées et leurs proches) ont été conviés.² Dans un deuxième temps, l'invitation a été envoyée à tous les fournisseurs de prestations qui avaient participé au sondage. Une centaine de personnes ont participé à l'atelier.

Durant la journée, les résultats du sondage réalisé auprès des cantons et des prestataires ont été présentés, puis différents aspects des services psychiatriques mobiles ont été traités dans le cadre d'exposés incitatifs en assemblée et en groupes de discussion. À partir d'offres concrètes et de questions sélectionnées, des facteurs de réussite et des défis concernant la mise en œuvre adaptée aux besoins et durable de services psychiatriques mobiles ont été discutés (cf. programmes de l'atelier en annexe).

1.3.3 Présentation du rapport

Le présent rapport résume les déductions essentielles du projet. La présentation des résultats du sondage auprès des cantons et prestataires se situe ici au premier plan. Des éléments importants résultant des exposés et discussions tenus lors de l'atelier du 27.11.2017 sont intégrés ponctuellement dans la présentation des résultats.

Les caractéristiques des services psychiatriques mobiles en Suisse au regard des structures organisationnelles (chapitre 2), des groupes cibles (chapitre 3) ainsi que de l'éventail de prestations et des modalités de financement (chapitre 4) sont décrits ci-après dans un premier temps. Le chapitre 5 décrit les principaux facteurs de réussite et défis de la perspective des différents acteurs impliqués. Au chapitre 6, les différents types d'offres sont affectés à des catégories et un résumé final des critères de réussite, des besoins d'agir et d'éventuelles étapes complémentaires est établi.

² Pro Mente Sana, VASK (association des proches de personnes souffrant d'une maladie psychique), tarifsuisse sa, curafutura, Swiss Mental Health Care (SMHC), CURACASA (association spécialisée des soins infirmiers indépendants), Spitex Suisse, VAPP (association des soins psychiatriques ambulatoires), la Fédération des médecins psychiatres-psychothérapeutes de Suisse (FMPP), la Fédération Suisse des Psychologues (FSP).

2 Structures organisationnelles des services psychiatriques mobiles

Les caractéristiques des services psychiatriques mobiles sont présentées dans ce chapitre. Les informations reposent en premier lieu sur les résultats du sondage des prestataires. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un tableau représentatif de la Suisse, les chiffres donnent des indications sur les axes essentiels, les tendances et les proportions.

2.1 Professionnels et disciplines spécialisées

Au total, 265 services psychiatriques mobiles qui correspondent à la définition mentionnée précédemment ont participé au sondage des prestataires. Plus de la moitié d'entre eux (55 %) sont des services composés d'une seule personne, ce qui signifie qu'ils sont accomplis par des professionnels travaillant individuellement. Il s'agit concrètement d'infirmières et infirmiers indépendants spécialisés en psychiatrie (hormis une exception). Comme le montre le **Tableau 1**, le domaine des soins infirmiers correspond au groupe professionnel le plus présent également pour les services composés de plusieurs personnes. Le nombre (ou le pourcentage entre parenthèse) des services au sein desquels au minimum un professionnel travaille dans la discipline respective est indiqué dans la première colonne.

Les professionnels des soins et de l'encadrement ayant un diplôme A/B tertiaire sont présent dans quasi 90 pour cent des services. Si l'on ajoute les professionnels ayant un diplôme du secondaire II, les professionnels des soins et de l'encadrement sont présents dans 247 (96 %) services mobiles. Des médecins travaillent dans 20 pour cent des services. Outre le personnel soignant et les médecins, il s'agit majoritairement de professionnels spécialisés en travail social, psychologie et socio-pédagogie qui fournissent des prestations de services psychiatriques mobiles. Des spécialistes des tâches d'administration et de coordination (6 personnes), des pairs (4), des accompagnatrices sociales (2), des coachs de l'habitat (3), des conseillers du domaine psycho-social (2), des soins à domicile (2) et une pédagogue curative (1) ont été de plus nommés.

Concernant les services mobiles qui emploient plus d'une personne (45 %), la moitié de l'équipe est interdisciplinaire, l'autre monodisciplinaire, composée de professionnels du domaine des soins et de l'accompagnement.

Tableau 1: disciplines spécialisées des services psychiatriques mobiles sondés

	Nombre (%) de services avec au moins 1 personne de cette profession	Nombre (%) de personnes	Total d'EPT
Infirmiers/infirmières et spécialistes des soins titulaires d'un diplôme tertiaire A/B	228 (89%)	553 (60%)	131
Médecins titulaires d'un titre de médecin spécialiste et médecins assistants	52 (20%)	154 (17%)	30
Infirmiers/infirmières et spécialistes des soins titulaires d'un diplôme du sec. II	43 (17%)	93 (10%)	20
Travailleurs/travailleuses sociaux	23 (9%)	36 (4%)	14
Psychologues titulaires d'un titre de spécialiste	21 (8%)	59 (6%)	12
Éducateurs/éducatrices sociaux	9 (4%)	21 (2%)	5
Ergothérapeutes	1 (0%)	1 (0%)	1
Total	257=100%	917	214

Remarques: n (par colonne) = 257; 257; 218 (des indications relatives au personnel font défaut pour les autres services); pas d'indications sur la discipline spécialisée «physiothérapeutes»

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

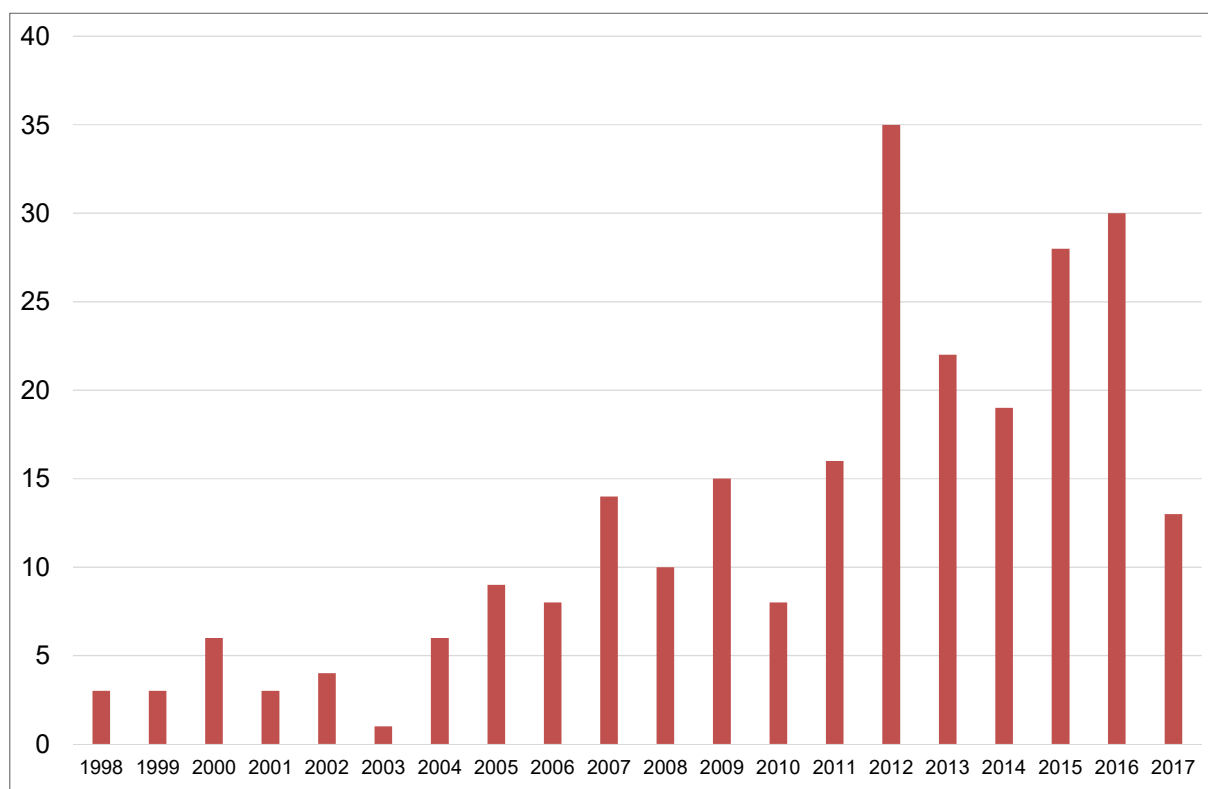
Concernant le nombre de personnes, 917 professionnels ont été déclarés comme travaillant dans les services mobiles (voir colonne 1, Tableau 1, ce qui donne une moyenne de 3,5 professionnels par service. 60 pour cent de tous les professionnels mentionnés sont des professionnels des soins et de l'encadrement ayant un diplôme A/B tertiaire. La dernière colonne du Tableau 1 indique le nombre de postes à plein temps dans les services sondés. En moyenne, les calculs présentent un taux d'occupation de 68 pour cent. Le nombre de réponses manquantes étant particulièrement élevé pour cette question (47 n=218), ces indications doivent être interprétées avec prudence.

2.2 Organisation, fourniture de prestations et pleine exploitation

Durée d'existence, intégration organisationnelle et obligation de prise en charge

Le sondage des prestataires montre que les 265 services psychiatriques mobiles existent en moyenne depuis 7 ans. L'éventail de durée d'existence va de 0 à 75 ans, sachant que 80 pour cent de tous les services ont au maximum 10 ans. La répartition des services qui existent depuis moins de 20 ans est présentée dans le **Graphique 2**. Les résultats montrent que la grande majorité des services mobiles présents en Suisse existent depuis seulement quelques années et qu'un nombre relativement important de nouveaux services ont été de plus créés ces dernières années.

Graphique 2: répartition des prestataires sondés par ancienneté (< 20 ans)



Question: «Depuis quand l'offre existe-t-elle?» n = 253 (8 services existent depuis plus de 20 ans)
Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

L'ancienneté des services composés d'une personne est significativement plus courte (moyenne = 5 ans) que celle des services composés de plusieurs personnes (moyenne = 8 ans). Aucune différence significative en termes d'ancienneté ne ressort d'une comparaison entre les équipes monodisciplinaires et interdisciplinaires des services qui emploient plusieurs personnes. Ces dernières années, des équipes tant monodisciplinaires qu'interdisciplinaires ont vu le jour. Au total, 16 pour cent des

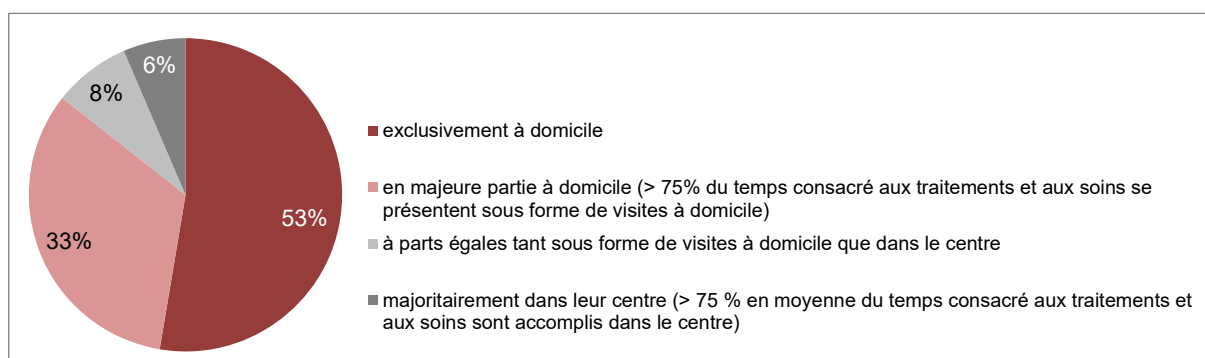
services indiquent avoir été testés dans le cadre d'une phase pilote d'une durée moyenne de deux ans au début de leur création.

Les valeurs organisationnelles de référence des services psychiatriques mobiles ont été prélevées dans un autre questionnaire. Presque 40 pour cent des services indiquent faire partie d'une grande organisation (p. ex. Spitex psychiatrie est une division de Spitex; le service mobile est alors une offre d'une clinique psychiatrique). Environ un tiers des services travaillent par ailleurs sur la base d'un mandat public de prestations et assument de ce fait une obligation de prise en charge dans le cadre des soins de base. Cette obligation de prise en charge existe en moyenne depuis sept ans.

Part de la fourniture de prestations de proximité et base

Comme l'indique le **Graphique 3**, la grande majorité des services accomplissent des prestations de traitement et d'accompagnement pratiquement exclusivement ou majoritairement de proximité ou sur un site convenu. Seule une faible partie des prestataires indiquent traiter les patient-e-s au minimum à parts égales ou principalement en clinique ou dans une base. À la question si le service mobile travaille à partir d'un ou de plusieurs sites, un peu plus d'un sixième des services (16 % non présentés dans le graphique) indiquent avoir plusieurs structures à partir desquelles les patient-e-s sont traité-s à domicile.

Graphique 3: pourcentage du temps de traitement et d'encadrement de proximité



Question: «Veuillez indiquer si les spécialistes du service psychiatrique mobile traitent et soignent en premier lieu à domicile (chez le patient ou dans un autre lieu convenu) ou si le traitement et les soins sont proposés majoritairement dans le centre respectif.» n = 264

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

L'illustration figurative utilisée dans le cadre du présent projet ne permet pas d'émettre des déclarations représentatives sur la répartition des services mobiles suisses entre les différents cantons.³ Le **Graphique 4** présente les répartitions résultant de sondages auprès de cantons et de prestataires qui donnent au moins quelques repères sur les cantons dans lesquels les offres sont particulièrement nombreuses.

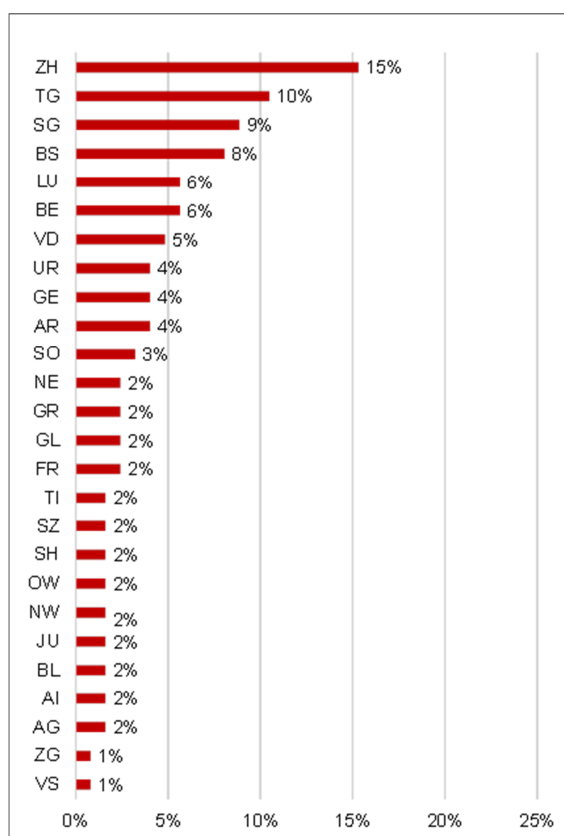
L'**illustration de gauche** présente la répartition de l'offre conformément aux indications des responsables cantonaux. Les sept cantons (ZH, TG, SG, BS, LU, BE, VD) qui indiquent au minimum cinq pour cent de tous les services sont tous – à l'exception de BS – plutôt de grands cantons qui possèdent au minimum une assez grande région urbaine. Il est difficile de répondre précisément à la question de savoir dans quelle mesure les indications sont soumises à l'influence du comportement des responsables cantonaux quant à leurs réponses (indication plutôt réservée ou prolixe d'offres pour lesquelles, p. ex., le volume des prestations de proximité n'est pas clair).

³ L'obtention de données significatives ce concernant nécessiterait un sondage sur les structures associé à un recensement ou à une estimation de la population globale de tous les services mobiles.

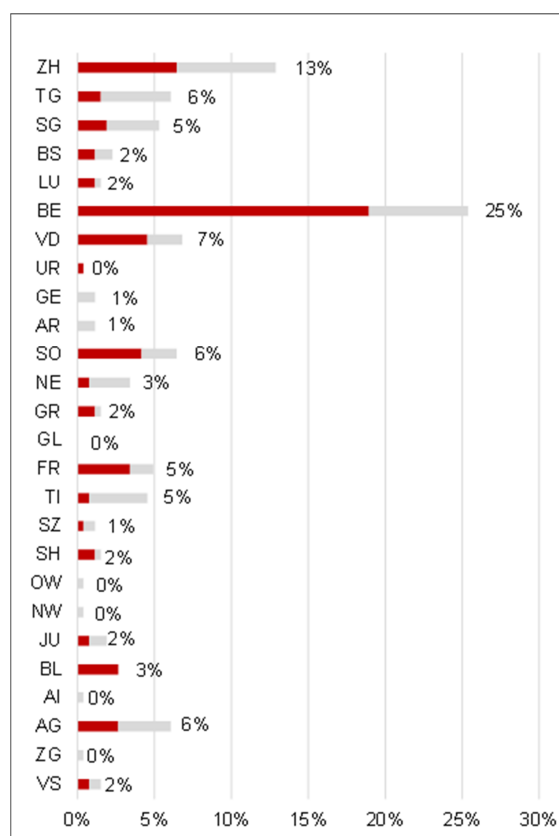
Le graphique de droite présente une répartition de l'offre conformément au sondage des prestataires. Les résultats du sondage des cantons sont seulement en partie confirmés: aux cinq cantons indiqués ci-dessus (ZH, BE, VD, TG, SG) viennent s'ajouter des cantons plus ruraux ou de plus petite taille, à savoir SO, FR, AG. Il convient de noter toutefois que le graphique de gauche ne contient aucune indication sur les membres des associations VAPP ou CURACASA, alors que ces professionnels des soins sont indiqués en tant que services mobiles individuels dans le sondage auprès des prestataires (partie rouge foncé de la barre). Notamment dans le canton de Berne, de nombreux indépendants ont participé au sondage.

Graphique 4: répartition des services mobiles par cantons

Répartition sondage des cantons



Répartition retour sondage des prestataires



Remarque: Sondage des cantons n=124 services nommés; sondage des prestataires n=265 services mobiles, rouge = services composés d'une personne, gris = équipes

Source: sondage des cantons et prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Patient-e-s traité-e-s par semaine et pleine exploitation des services mobiles

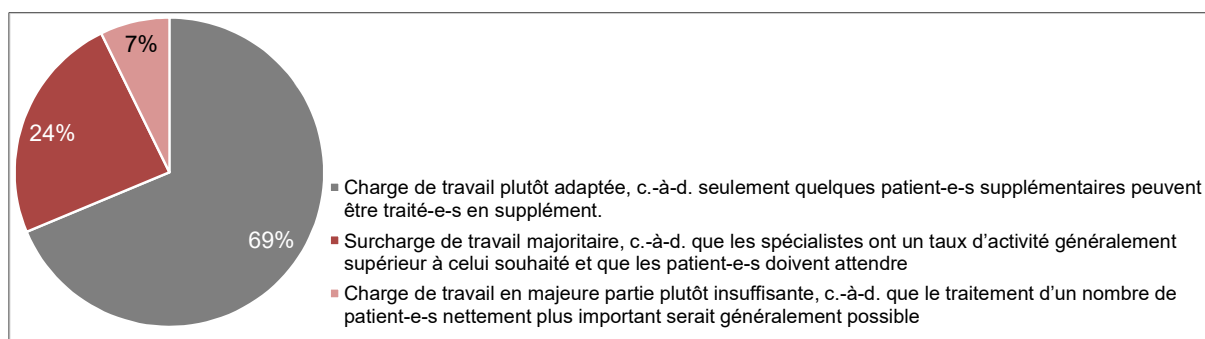
Les prestataires sondés traitent et accompagnent en moyenne 31 patient-e-s par semaine (scénario médian: 16 patient-e-s).⁴ Une grande partie des services mobiles (81 %) traite entre 1 et 49 patient-e-s par semaine. En moyenne, un professionnel s'occupe de 11 patient-e-s par semaine (scénario médian: 10); la moyenne par emploi à plein temps est de 47 patients (scénario médian: 25). Sachant, comme mentionné, qu'il ne s'agit pas d'un sondage sur les structures, il convient de tenir compte d'une légère imprécision des données.

⁴ À noter que des patient-e-s peuvent correspondre à plusieurs épisodes de traitement par semaine. Ces informations ne sont pas comprises dans les chiffres.

L'étude sur la prise en charge de l'OFSP (Stocker et al., 2016) porte sur le nombre de patient-e-s traité-e-s par semaine et par psychiatre.⁵ Une comparaison des résultats révèle que le nombre de patient-e-s traité-e-s par des services mobiles se situe dans un cadre semblable à celui des patient-e-s traité-e-s par des psychiatres pour adultes en cabinet médical individuel (scénario médian: 20)⁶ ou par des institutions ambulatoires/intermédiaires (scénario médian: 30). Par contre, la clé par patient-e-s et par semaine est plus élevée dans le domaine stationnaire ou des institutions mixtes, avec seulement 6 patient-e-s (scénario médian).

Comme l'indique le **Graphique 5**, près de 70 pour cent des prestataires sondés considèrent que leur charge de travail est adaptée. 24 pour cent indiquent être majoritairement surchargés, ce qui signifie que le personnel est plus sollicité et/ou qu'il existe des listes d'attente pour les patient-e-s. Il est nettement plus rare que les services mobiles aient une charge de travail insuffisante, soit moins de 10 pour cent des prestataires sondés.

Graphique 5: charge de travail des services psychiatriques mobiles sondés



Question: «Quelle est la charge de travail habituelle du service psychiatrique mobile?» n = 262
Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Si l'on compare la charge de travail des services mobiles sondés avec celle des psychiatres indépendants (cf. étude sur la prise en charge de l'OFSP) (Stocker et al., 2016), la situation est nettement différente: près des deux tiers de ces derniers sont surchargés (**Tableau 2**). Il en est de même des psychiatres qui travaillent au sein d'institutions ambulatoires/intermédiaires. Par contre, tout comme pour les services mobiles, la charge de travail en psychiatrie stationnaire, soit 60 pour cent, est majoritairement adaptée.

Tableau 2: charge de travail des services mobiles et des offres de soins psychiatriques

Charge	Services mobiles	Psychiatres indépendants	Institutions ambulatoires / intermédiaires	Institutions stationnaires/mixtes
Charge de travail adaptée	69%	32%	39%	58%
Majoritairement surchargés	24%	63%	60%	41%
Charge majoritairement insuffisante	7%	5%	1%	1%

Sources: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017 (n = 262), Stocker et al. (2016); présentation BASS

⁵ Le nombre de consultations par patient-e-s et par semaine ainsi que la durée des consultations n'ont pas fait l'objet d'un sondage.

⁶ Indications par médecin spécialiste non standardisé sur postes à plein temps (cela n'était pas possible compte tenu de la situation des données)

3 Groupes cibles

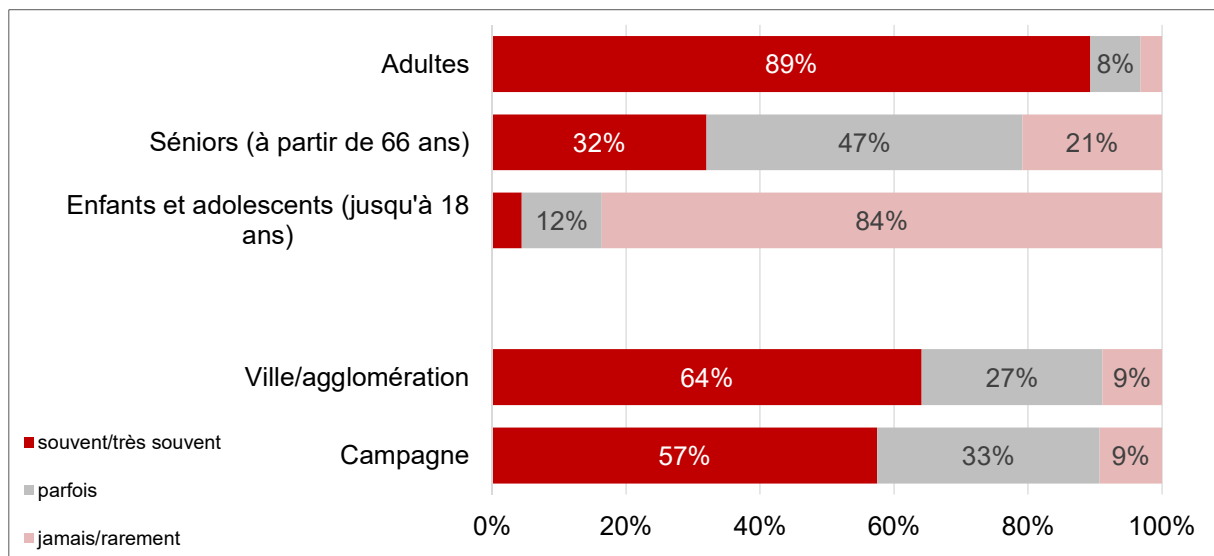
Les caractéristiques relatives aux patient-e-s traité-s par les prestataires sondés sont décrites ci-après. Là aussi, il convient de noter qu'il ne s'agit pas de résultats représentatifs; les résultats peuvent être toutefois lus en ce qui concerne les centres de gravité, les tendances et les proportions.

3.1 Groupes d'âges et domicile

Dans l'étude sur la prise en charge de l'OFSP (Stocker et al., 2016), les enfants et les adolescents de moins de 18 ans sont identifiés en tant que groupe à risque potentiellement insuffisamment soigné. Les résultats obtenus révèlent d'éventuelles lacunes en matière de traitement également en ce qui concerne les patients de sexe masculin qui ont moins accès au système de prise en charge en tant que groupe cible car ils demandent plus rarement un traitement que les femmes. Enfin, des problèmes d'accès au système de prise en charge ont été aussi constatés pour la population de régions rurales, en premier lieu en raison de la faible densité des soins. Dans ce contexte, il est intéressant de connaître quels groupes cibles sont atteints par les services mobiles sondés.

Les prestataires sondés traitent majoritairement des patient-e-s adultes en âge de travailler, comme l'indique le **Graphique 6**. Les séniors sont traités souvent à très souvent par près d'un tiers des participants au sondage, alors que les services mobiles pour enfants et adolescents de moins de 18 ans sont encore très rares. Par contre, les services mobiles sont au moins aussi présents en campagne qu'en ville ou en agglomération.

Graphique 6: âge et région des patient-e-s traité-e-s



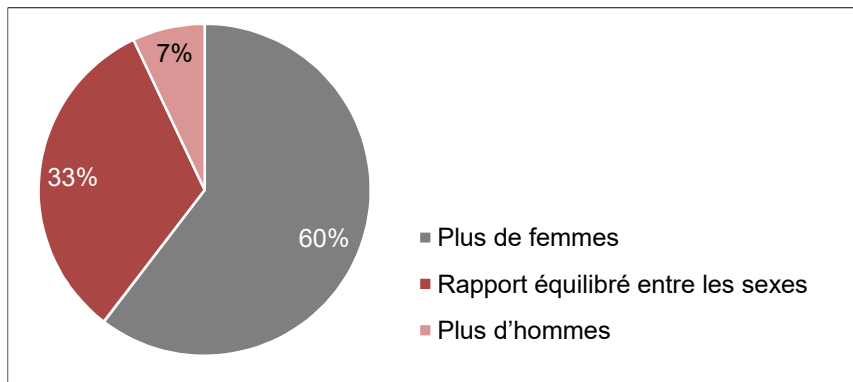
Questions: «Veuillez indiquer la fréquence des traitements accordés aux patient-e-s des groupes d'âge suivants.»; «Veuillez indiquer selon quelle fréquence vous traitez des patient-e-s qui habitent en ville/l'agglomération ou à la campagne.» n = 253, 250, 226, 248, 247

Remarque: les catégories de réponses non indiquées présentent des parts inférieures à 5 %.

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Tendanciellement, les patients de sexe masculin ont également moins accès aux services mobiles. Comme le montre le **Graphique 7**, un tiers des offres parviennent néanmoins à aborder les hommes et les femmes dans une même proportion; 7 pour cent indiquent traiter majoritairement des hommes.

Graphique 7: rapports entre les patients de sexe masculin et féminin traités par les services mobiles

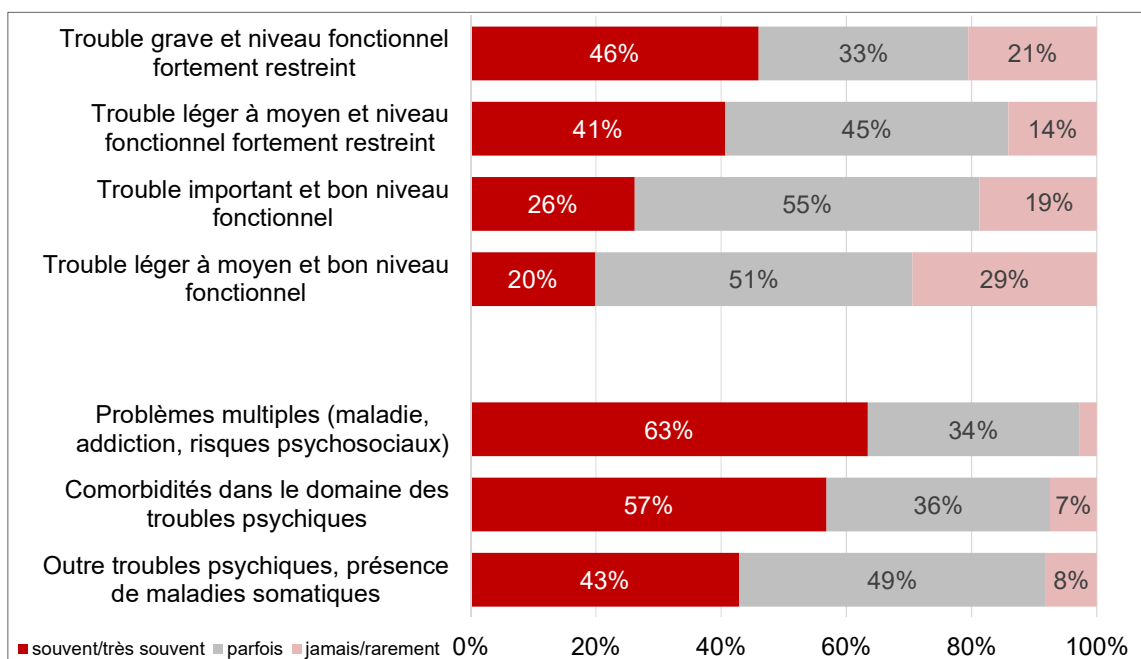


Question: «Veuillez indiquer si vous traitez plutôt des femmes ou des hommes.» n = 255
 Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

3.2 Maladie et restriction

Le sondage auprès des prestataires a déterminé le niveau de gravité du trouble psychiatrique, le niveau fonctionnel de capacité⁷ ainsi que d'autres facteurs tels que charges multiples et comorbidités des patient-e-s traité-e-s. Le **Graphique 8** montre que des personnes atteintes de troubles graves et de restrictions importantes au niveau de leurs capacités sont traitées souvent à très souvent par 46 pour cent des services questionnés. Les personnes souffrant de troubles importants, mais disposant de bonnes aptitudes dans la gestion autonome de leur quotidien, font nettement moins souvent partie des groupes cibles traités (26 % souvent à très souvent) que les patient-e-s aux troubles bénins à moyens mais ayant un niveau de capacité fortement limité (41 %).

Graphique 8: taux de gravité et complexité des maladies et niveau de capacité des patients



Question: «Selon quelle fréquence des patient-e-s présentant les caractéristiques suivantes sont-ils traités et soignés par votre service psychiatrique mobile?» n = 239, 241, 240, 241, 246, 241, 245

Remarque: les catégories de réponses non indiquées présentent des parts inférieures à 5 %.

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

⁷ Nous entendons par niveau de capacité la manière dont une personne parvient à gérer son quotidien social et/ou professionnel et dans quelle mesure elle parvient à organiser sa vie de manière autonome.

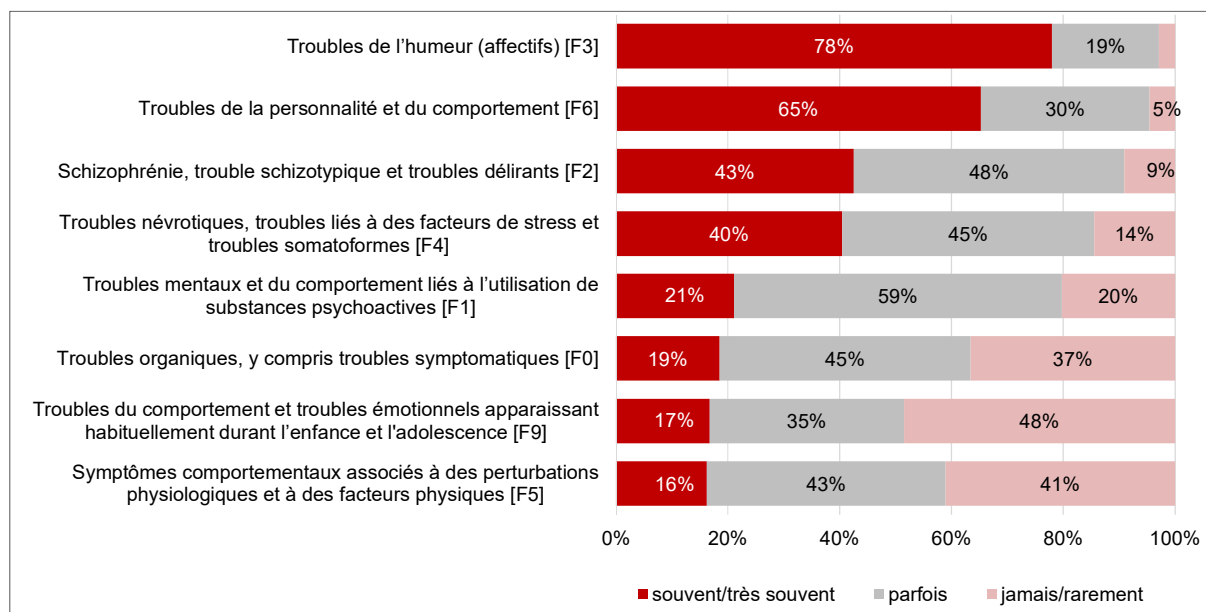
Les patient-e-s traité-e-s par les services mobiles de proximité sont exposés à de multiples charges (maladie, addiction, risque psychosociaux) ou à des comorbidités psychiatriques comme l'indique le **Graphique 8** ci-dessus. Une majorité des sondés (63 % resp. 57 %) traite ces groupes fréquemment à très fréquemment. Des patients atteints de maladies multiples psychiatriques somatiques sont un peu moins fréquemment traités, mais néanmoins par 43 pour cent des prestataires. Seule une petite minorité des prestataires sélectionnés indique traiter rarement à jamais des patient-e-s présentant les caractéristiques ci-dessus.

Diagnostics

Le **Graphique 9** montre la fréquence des traitements de patient-e-s présentant des troubles répondant à la classification 10 ICD. Les personnes souffrant de troubles affectifs (F3) et de troubles de la personnalité et du comportement (F6) constituent les groupes de patient-e-s de loin les plus importants. Les personnes souffrant de troubles schizophréniques (F2) ainsi que de troubles névrotiques, dus au stress et somatoformes (F4), soit environ 40 pour cent, sont également souvent traitées. Les personnes addictives selon le diagnostic principal (F1) sont fréquemment traitées uniquement par 21 % des services sondés.⁸

Dans l'étude sur la prise en charge (Stocker et al., 2016), les patient-e-s atteint-e-s des troubles F6, F2 et F1 sont identifié-e-s en tant que groupes cibles manquant de soins ou difficilement accessibles. Les résultats du sondage auprès des prestataires signalent que les services mobiles contribuent tout particulièrement à combler les lacunes en matière de prise en charge concernant les personnes atteintes des troubles F6 et F2.

Graphique 9: diagnostic principal des patient-e-s traité-e-s



Question: «Veuillez indiquer selon quelle fréquence vous traitez des patients répondant aux diagnostics suivants (diagnostic principal selon catégories de diagnostics ICD).» n = 241, 242, 242, 242, 232, 227, 233, 234

Remarque: les catégories de réponses non indiquées présentent des parts inférieures à 5 %.

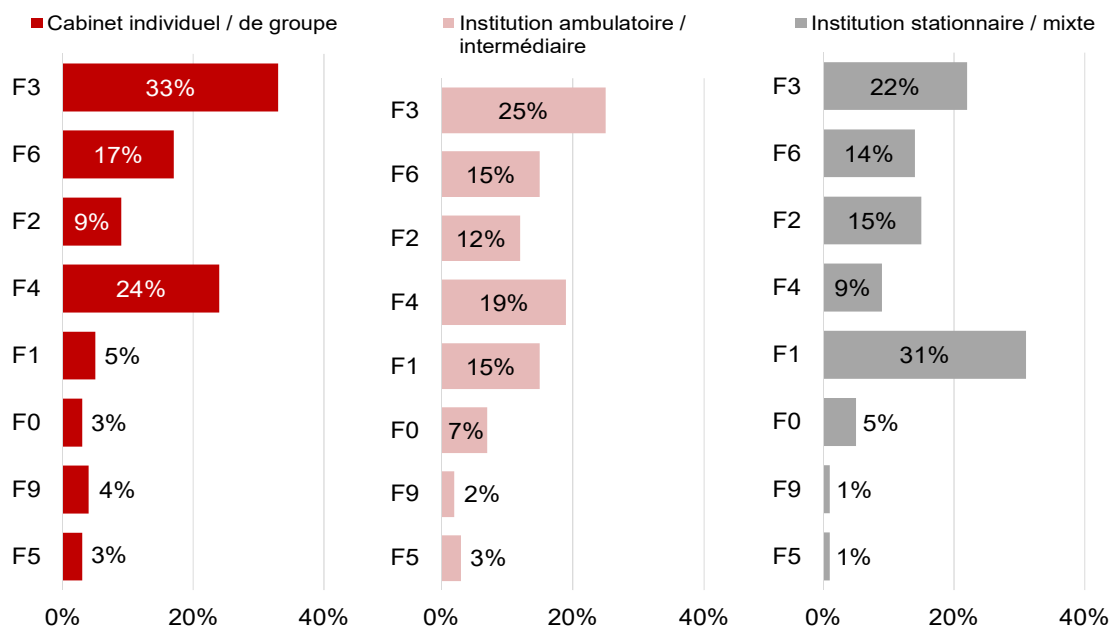
Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

⁸ Ne sont pas présentés dans le graphique, les troubles du développement (F8), les troubles de l'intelligence (F7) et les «troubles psychiques non désignés précisément» (F99), étant donné que respectivement moins de 10 pour cent des personnes qui ont répondu indiquent traiter fréquemment des patient-e-s atteint-e-s de ces maladies.

Si l'on analyse ces réponses d'après les caractéristiques des prestataires (cf. chap. 2), il apparaît nettement que les services psychiatriques mobiles rattachés à des services psychiatriques stationnaires traitent les personnes atteintes de troubles schizophréniques (F2) et d'addictions (F1) selon une fréquence supérieure à la moyenne. Les infirmières et infirmiers (libéraux, services psychiatriques d'aide et de soins de proximité/Spitex) traitent des personnes qui présentent des particularités comportementales associées à des troubles et facteurs physiques de manière significativement plus fréquente que les équipes (souvent multiprofessionnelles) rattachées à des services psychiatriques. Les deux plus grands groupes de patients (F3, F6) ne présentent aucune différence essentielle. Les services de conciliation et de liaison traitent des patients atteints de troubles organiques (F0) selon une fréquence supérieure à la moyenne.

Le Graphique 10 montre à titre comparatif comment les patient-e-s sont réparti-e-s par groupes de diagnostics sur des structures de traitement psychiatriques conformément aux résultats de l'étude sur la prise en charge de l'OFSP (Stocker et al., 2016). De même que pour les services mobiles, des personnes atteintes de troubles affectifs (F3) sont traitées le plus fréquemment également par des psychiatres indépendants ainsi que dans des institutions ambulatoires/intermédiaires. Par contre, dans les structures stationnaires, les addictions correspondent au diagnostic principal le plus fréquent. Comme mentionné, ce groupe de patient-e-s est traité uniquement par un cinquième des services mobiles sondés; 59 pour cent supplémentaires des sondés traitent au moins parfois des patient-e-s souffrant d'addictions (cf. Graphique 9).

Graphique 10: études sur la prise en charge: groupes de patients par structure de traitement



Source: Stocker et al. (2016); propre présentation BASS

4 Prestations et financement

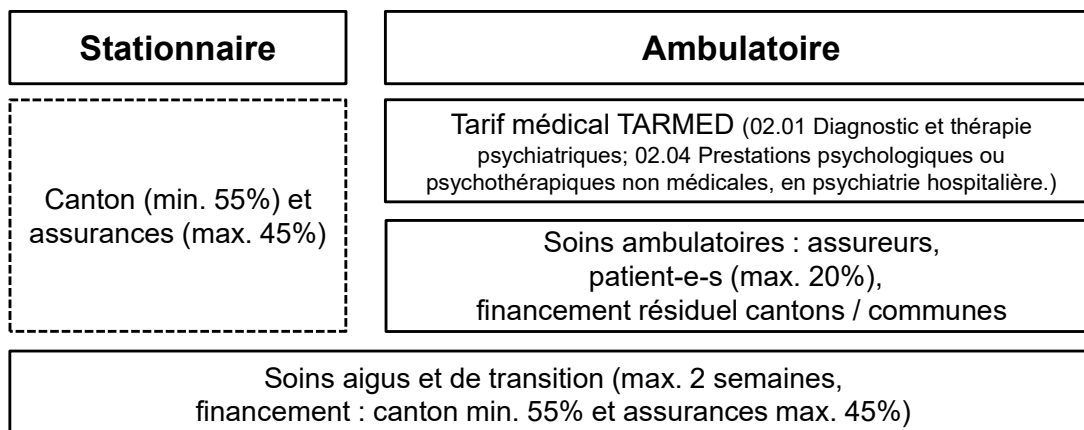
Le présent chapitre présente en introduction un bref aperçu des bases de financement des prestations des services mobiles en Suisse. De plus, les résultats du sondage réalisé auprès des prestataires sur les prestations, les modalités de la fourniture de prestations et le financement sont présentés.

4.1 Base du financement de prestations de services mobiles

Des centres de coûts possibles de services psychiatriques mobiles sont les assurances sociales (surtout l'assurance-maladie, mais aussi l'AI, l'AA, l'AM), les cantons (participation aux frais de traitement et de soins conformément à la LAMal, contributions financières publiques pour modèles de soins intégrés), les communes (cofinancement des soins, contributions au financement de certaines offres), les patient-e-s (quote-part) ainsi que les fondations, organisations d'utilité publique, etc. qui sont surtout impliquées dans le cadre de projets pilotes.

Les systèmes de financement existants définissent la nature et l'ampleur du remboursement des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire; par contre, des bases spécifiques de financement d'offres «intermédiaires» (dont entre autres des services mobiles, des cliniques de jour) n'existent pas.⁹ Les prestations de soins intermédiaires existantes sont rémunérées conformément aux principes en matière de modalités stationnaires et/ou ambulatoires. Le **Graphique 11** présente un aperçu ce concernant; les différents éléments des systèmes de rémunération sont expliqués plus précisément ci-après.

Graphique 11: aperçu des bases du financement des services mobiles



Sources: loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins de maladie (OPAS), tarif médical TARMED, Tarifbrowser FMH, propre présentation BASS

Financement selon le répartiteur pour traitements stationnaires

En Suisse, il n'existe aucune base légale (voir ligne en pointillés de l'encadré dans le Graphique 11) pour le financement de prestations de services mobiles conformément aux modalités de remboursement des soins stationnaires. Cela n'est pas le cas en Allemagne où ledit «traitement psychiatrique équivalent au stationnaire» est défini dans l'assurance-maladie légale en tant que prestation stationnaire et est remboursé en tant que telle – à condition que les patient-e-s aient obtenu une indication

⁹ Le concept des traitements «stationnaires partiels» a été supprimé de la LAMal le 1.1.2009. Les traitements correspondants sont principalement facturés comme les prestations ambulatoires; les séjours récurrents en cliniques de jour ou de nuit ont depuis valeur de traitement ambulatoire (art. 5 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

médicale pour le traitement psychiatrique stationnaire et que le traitement alternatif dans un environnement domestique soit mis à disposition par des hôpitaux ou des cliniques soumis à une obligation en matière de soins.¹⁰

Faute de base légale, une rémunération des services mobiles analogue à celle appliquée aux soins stationnaires en Suisse (c.-à-d. tarifs forfaitaires et financement par le canton d'au minimum 55 pour cent ainsi que par l'assurance d'au maximum 45 pour cent) est uniquement possible si les centres de coûts impliqués (assurances, cantons, éventuellement autres) concluent une convention individuelle pour l'offre respective. Cela est en partie le cas conformément au sondage auprès des prestataires (cf. chapitre 4.3).

Financement sur la base du tarif médical TARMED

Si le service mobile est une institution reconnue indépendante des hôpitaux ou d'une division hospitalière (tous deux avec un mandat de prestations) sous la direction d'un médecin spécialiste, un décompte des prestations peut être réalisé via le tarif médical TARMED. Les deux postes «02.01 Diagnostic et thérapie psychiatriques» et «02.04 Prestations psychiatriques ambulatoires et non médicales, dans le cadre d'institutions et de divisions hospitalières reconnues» sont en particulier à considérer. Les prestations du poste 02.01 doivent être fournies par des médecins ayant le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou psychiatrie pour enfants et adolescents, celles du poste 02.04 par les professionnels employés par l'institution respective qui n'ont pas qualité de médecins: infirmiers et infirmières spécialisés en psychiatrie, sociopédagogues et travailleurs sociaux disposant d'une formation supplémentaire, psychologues et personnel thérapeutique professionnel à formation adéquate.

Conformément aux exposés relatifs au TARMED, les prestations du chapitre 02.04 doivent être spécifiques afin de permettre de transposer «les connaissances modernes en psychiatrie de la prise en charge de proximité» (méthode sociopsychiatrique incluse). Alors qu'une indemnité de déplacement est prévue pour les médecins au chapitre 02.01, une telle indemnisation est possible uniquement à titre exceptionnel et après concertation bilatérale au titre du chapitre 02.04. D'autres restrictions – par rapport aux postes de traitement médical du chapitre 02.01 – viennent s'ajouter: c'est ainsi qu'au maximum 4 heures de prise en charge par semaine et patient peuvent être facturées, excepté s'il s'agit de situations d'urgence ou de crise.¹¹

Financement des soins médicaux ambulatoires

Les soins et traitements de proximité apportés aux personnes atteintes de maladies psychiques par des infirmières et infirmiers libéraux et des équipes des services psychiatriques d'aide et de soins de proximité/Spitex sont financés conformément à l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) via l'assurance-maladie. Trois catégories de mesures distinctes sont différenciées concernant les prestations fournies sur prescription ou ordre médical (cf. **Tableau 3**). Elles sont prises en charge selon différents tarifs horaires. Le montant des contributions d'assurance est fixé par le Conseil fédéral¹²; il est actuellement de 54.60 à 79.80 CHF de l'heure.

¹⁰ Cf. 115d du Code allemand de la sécurité sociale V (SGB V). Offre de soins intermédiaires et sociopsychiatriques en Allemagne (cf. Jäggi et al. 2017).

¹¹ Cf. exposés sur le thème «Indemnisation» dans TARMED, chapitre 02.04.

¹² La détermination des contributions selon l'article 25a alinéa 4 LAMal dépend de la charge en prestations, lesquelles doivent être accomplies avec la qualité nécessaire, de manière efficiente et à des coûts avantageux.

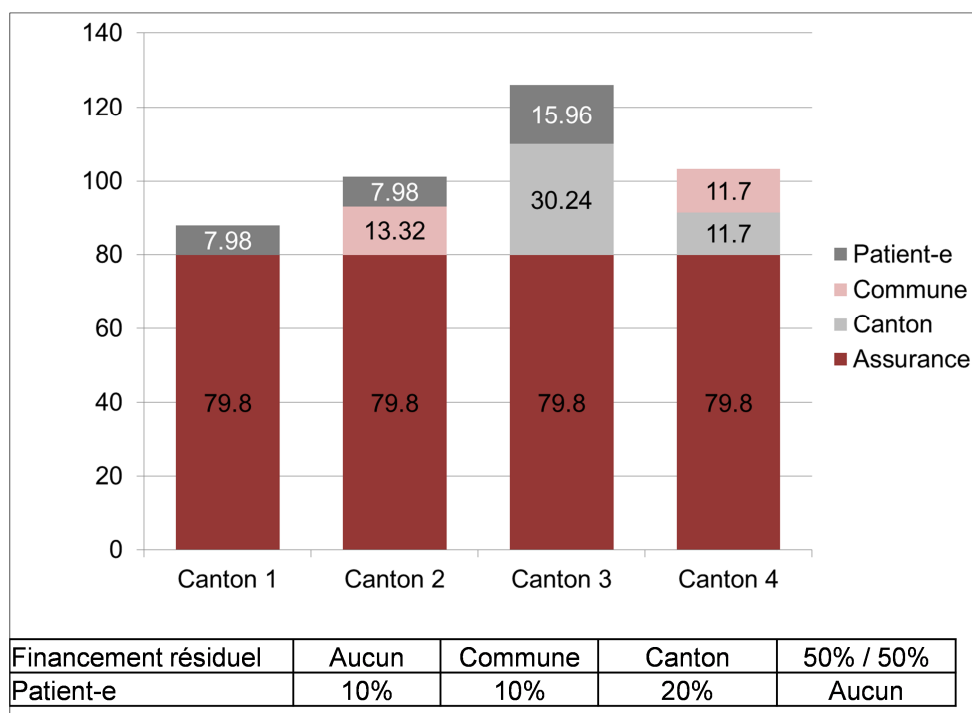
Tableau 3: extraits catégories de mesures dans les soins psychiatriques

Article 7 OPAS	Contribution assurance
a. Evaluation, conseils et coordination:	79.80 CHF / heure
1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,	
2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires,	
3. coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables;	
b. Examens et traitements:	65.40 CHF / heure
13. soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,	
14. soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;	
c. Soins de base:	54.60 CHF / heure
2. mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.	

Source: Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), propre présentation BASS

Le nouveau régime de financement des soins, qui est entré en vigueur en janvier 2011, prévoit une répartition des frais de soins entre les assurances, les cantons et les communes, ainsi que les patient-e-s. La participation personnelle aux frais pour prestations de soins qui n'est pas couverte par les assurances sociales est limitée à 20 pour cent au plus de la contribution maximale aux soins fixée par le Conseil fédéral. Les cantons réglementent le financement restant (art. 25a al. 5 LAMal). Ces réglementations diffèrent fortement selon le canton: certains cantons prennent en charge l'intégralité du financement restant (c.-à-d. sans participation personnelle aux frais pour la personne assurée), d'autres facturent le montant maximum légal à la personne assurée). Par ailleurs, les cantons se basent sur différents coûts normalisés pour le calcul du financement résiduel. Dans certains cantons, le montant restant est de plus pris en charge en partie ou intégralement par les communes. Le **Graphique 12** présente les différentes modalités du financement des soins.

Graphique 12: répartition cantonale du financement des soins par centres de coûts (exemples)



Remarque: les exemples reposent sur des tarifs appliqués à des mesures d'évaluation, de conseil et de coordination selon art. 7 al. 2 let. A OPAS.

Source: exemples fictifs selon présentation Power Point «Financement des soins dans les cantons – soins ambulatoires», association Spitex suisse, mai 2012¹³; présentation BASS

L'exemple ci-dessus montre d'une part que les infirmières et infirmiers sont indemnisés différemment pour une même catégorie de mesures selon le canton de résidence de leurs patient-e-s (ici catégorie a: évaluation, conseil et coordination) étant donné que le montant des coûts normalisés diffère. De plus, l'illustration fait apparaître les diverses possibilités existantes de répartition des coûts entre patient-e-s, cantons et communes. Dans le scénario (fictif), tous les coûts résiduels sont supportés par le canton et la commune dans le canton 4, alors que le canton 3 participe certes amplement aux coûts, les patients devant toutefois assumer le plafond de 20 pour cent. Globalement, une situation initiale hétérogène pour les fournisseurs de prestations et les personnes assurées ressort des dispositions légales sur le financement des soins en ce qui concerne le remboursement des prestations de soins dans le cadre des services mobiles.

Financement des soins aigus et transitoires

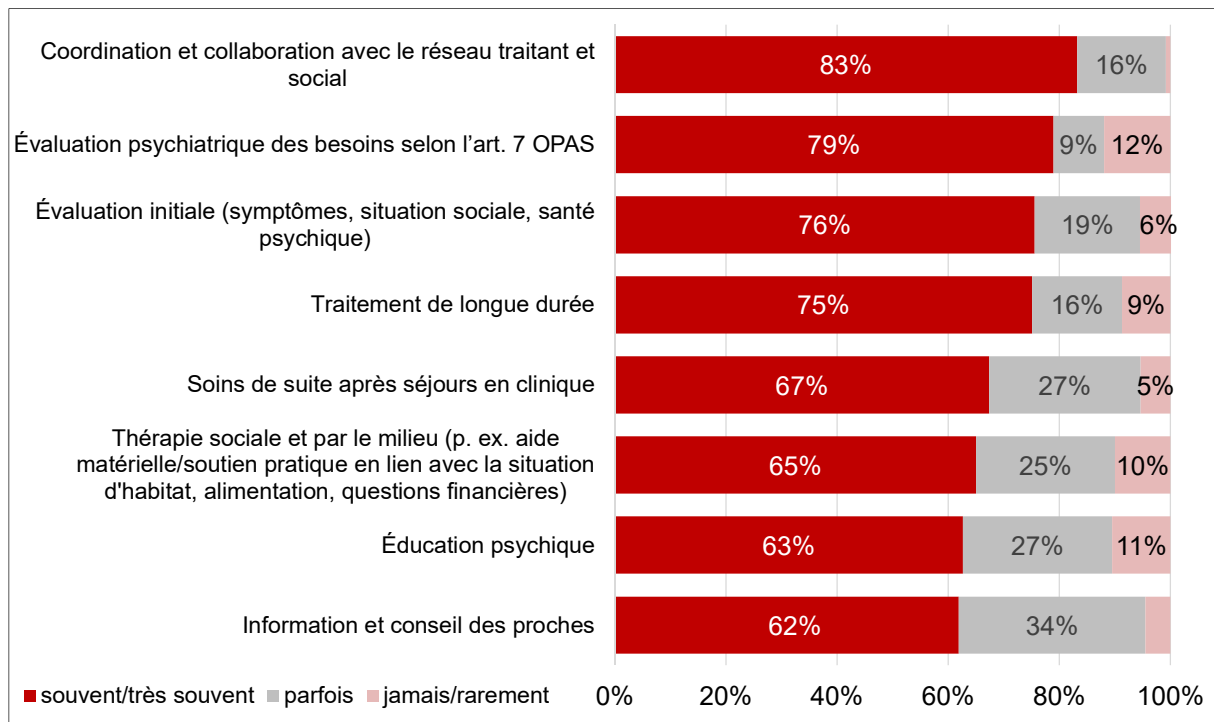
Les modalités relatives au financement des soins aigus et transitoires après une hospitalisation sont également réglementées dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les soins aigus et transitoires – par exemple les soins de suite après une hospitalisation en clinique psychiatrique – peuvent être apportés tant dans le cadre d'une structure stationnaire (établissement médicosocial) qu'au domicile des personnes concernées (par des organisations des services psychiatriques d'aide et de soins à domicile/Spitex ou des infirmiers/infirmières libéraux). Une ordonnance émise par un médecin hospitalier, qui peut être établie pour deux semaines au maximum (art. 8 al. 6 lettre c OPAS), en est la condition. Tout comme pour les traitements stationnaires, les cantons et les assureurs se partagent les coûts; là aussi, la part minimum des cantons est de 55 pour cent (art. 7b al. 1 OPAS).

¹³ Document disponible via www.spitex.ch →Politique →Financement des soins.

4.2 Prestations des services psychiatriques mobiles

La coordination et la collaboration avec l'environnement social et les personnes chargées des soins impliquées est une prestation sociale des services psychiatriques mobiles: 83 pour cent des prestataires sondés le font souvent à très souvent, 16 pour cent au minimum parfois (cf. **Graphique 13**). La détermination des besoins et les évaluations initiales peuvent être interprétées également en tant que tâches routinières des services mobiles. Il est intéressant de noter que les services sondés accomplissent plutôt des soins de longue durée que des suivis plus courts après des séjours en clinique (75 % contre 67 %).

Graphique 13: éventail de prestations des services psychiatriques mobiles

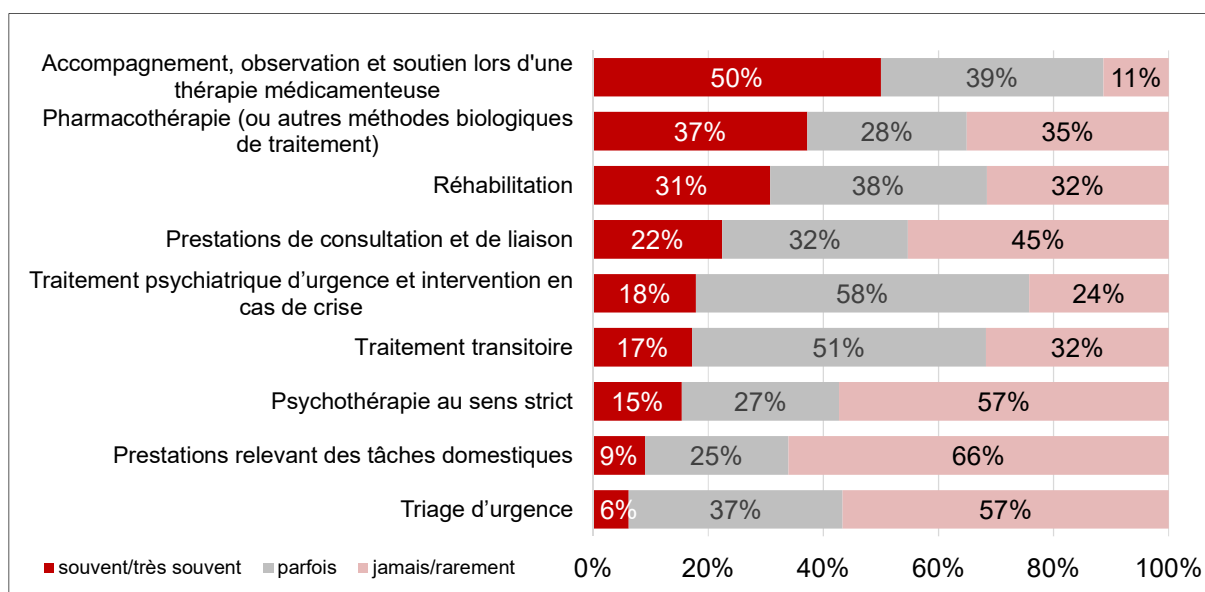


Question: «Veuillez indiquer selon quelle fréquence votre service psychiatrique mobile propose les prestations suivantes.» (Plusieurs réponses possibles.) n = 244, 242, 233, 241, 242, 240, 238, 244

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Le **Graphique 14** présente les prestations accomplies souvent à très souvent par respectivement 50 pour cent au maximum des prestataires sondés. Le soutien de patient-e-s en matière de médication est tout particulièrement répandu: seulement 11 pour cent des sondés indiquent proposer cette prestations rarement ou jamais. Il ressort en particulier que les services mobiles ne sont manifestement guère impliqués dans le triage d'urgence (6 % le sont souvent à très souvent) ; par contre, les traitements psychiatriques d'urgence et les interventions en cas de crise jouent comparativement un rôle important: 18 pour cent des prestataires sondés accomplissent souvent à très souvent des prestations correspondantes, 58 pour cent parfois seulement.

Graphique 14: éventail de prestations des services psychiatriques mobiles – suite



Question: «Veuillez indiquer selon quelle fréquence votre service psychiatrique mobile propose les prestations suivantes.» (Plusieurs réponses possibles.) n = 238, 231, 231, 223, 235, 227, 227, 233, 226
 Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

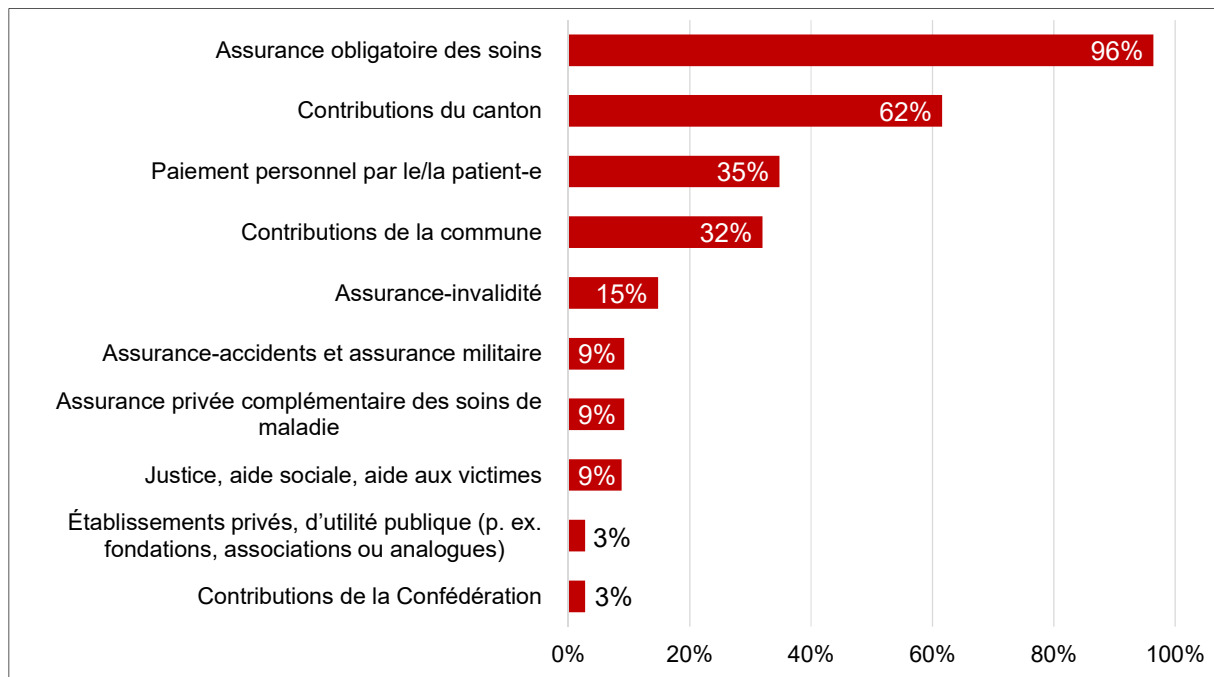
10 pour cent des sondés ont indiqué fournir de plus d'«autres prestations». Environ 20 % des réponses en texte libre peuvent être affectées à l'une des catégories prescrites (p. ex. collaboration avec des curateurs, gestion de cas, entretiens psychothérapeutiques, contrôle de la situation domestique). L'accompagnement lors de visites chez le médecin ou de rendez-vous auprès de services administratifs (5 mentions), le soutien dans la mise en œuvre de stratégies de maîtrise et la réalisation d'entraînements d'exposition (respectivement 4 mentions) ont été nommés plusieurs fois. Des principes et thèmes spécifiques sont par ailleurs abordés (attention/aptitudes; thérapie corporelle, travail relationnel), des offres sociales (table de midi, groupe de loisirs) ainsi que les soins de base et de traitement en général et le traitement de problèmes de santé somatique.

4.3 Modalités de la fourniture et du financement des prestations

Parmi les prestataires sondés, 71 pour cent disposent d'un accord de prestations avec le canton, 28 pour cent ont un accord de prestations avec une commune. Près des trois tiers ont un contrat administratif avec des caisses de maladie. Dans des mentions complémentaires, des contrats de coopération avec des institutions ou des accords de prestations avec l'assurance-invalidité (IV) sont indiqués.

Le **Graphique 15** montre via quelles sources les prestations des services psychiatriques mobiles sont financées. Il est clair que l'assurance obligatoire des soins (AOS) est la source principale de financement. Il n'existe guère de prestataires qui ne facturent pas via la caisse de maladie. Le financement des contributions des cantons joue un rôle important pour 62 pour cent des prestataires sondés. Respectivement un tiers environ des prestataires financent les prestations également avec des contributions de patient-e-s et de communes. Le financement via plusieurs sources (non présenté dans le graphique) est habituel: 7 pour cent indiquent une seule source de financement, 41 pour cent ont deux sources, 29 pour cent ont trois sources, 23 pour cent indiquent quatre sources ou plus.

Graphique 15: sources de financement des services psychiatriques mobiles



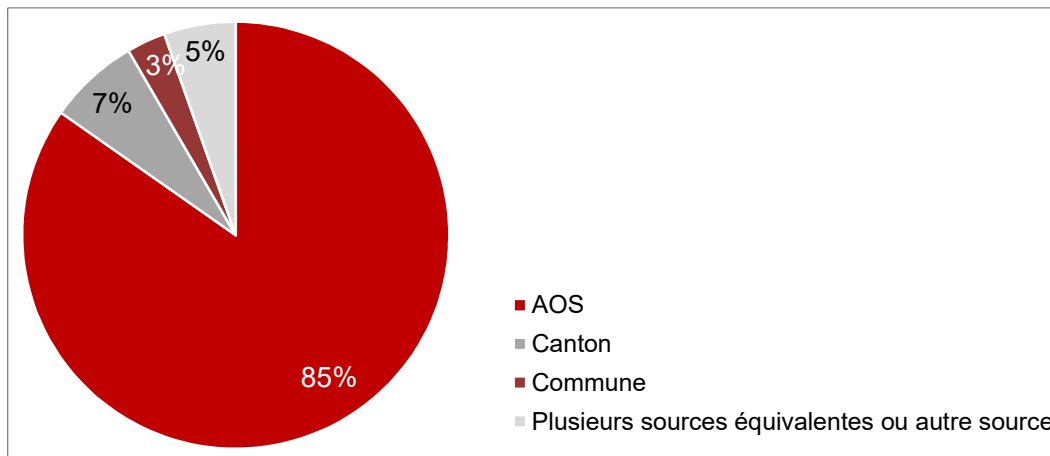
Question: «Veuillez indiquer les sources de financement du service mobile ainsi que la répartition (approximative) du financement en pourcentages.» n = 250

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Il a été demandé aux prestataires sondés d'indiquer approximativement la part des prestations devant être ainsi couverte par source de financement. Le nombre de réponses manquantes est relativement élevé (62) pour cette question, aussi les résultats doivent-ils être interprétés avec prudence. Conformément aux présentes réponses, 88 pour cent des prestataires sont financés à plus de 45 pour cent par l'AOS. Pour 12 pour cent, les cantons ou les communes supportent plus de 45 pour cent des coûts. La source de financement la plus élevée en pourcentage est présentée dans le **Graphique 16**.

Il ressort par ailleurs du sondage auprès des prestataires qu'une grande partie des coûts AOS portent sur des prestations de soins selon l'art. 7 OPAS (non présenté sur le graphique): 78 pour cent des sondés indiquent facturer des prestations correspondantes. 29 pour cent facturent également des prestations via TARMED; la facturation de prestations via des forfaits par cas ou journaliers, soit 6 pour cent, est très rare.

Graphique16: source de financement principale des prestataires sondés



Question: «Veuillez indiquer les sources de financement du service mobile ainsi que la répartition (approximative) du financement en pourcentages.» n = 203

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Les défis spécifiques en matière de financement sont expliqués et discutés au chapitre 5.2.

5 Facteurs de réussite et défis

Un objectif important du projet consiste à élaborer des critères de réussite en vue d'un ancrage des services mobiles dans le domaine de la psychiatrie sur le long terme. Des réflexions des cantons, prestataires et autres acteurs sur les facteurs de réussite et les prestations spécifiques des services mobiles, avec les défis à relever, sont présentées ci-après.

5.1 Facteurs de réussite et prestations spécifiques

Il a été demandé aux responsables cantonaux quels sont selon eux d'une part les facteurs de réussite les plus importants, d'autre part les défis quant à une intervention adaptée aux besoins et durable des services psychiatriques mobiles. Les réponses libres des 22 cantons qui ont répondu à la question sur les critères de réussite ont été résumées dans le cadre des domaines thématiques suivants considérés comme importants.

Critères de réussite de la perspective des responsables cantonaux

- Financement garanti sur le long terme.
- Réseautage entre les différents acteurs du secteur de la santé et des affaires sociales impliqués auprès des patient-e-s.
- Accès à bas seuil, flexibilité et disponibilité en matière de planning et mobilité géographique du personnel spécialisé.
- Professionnels bien formés, continuité du traitement, principes multiprofessionnels.
- Notoriété et acceptation de l'offre.
- Participation des proches et de l'environnement social de patient-e-s.

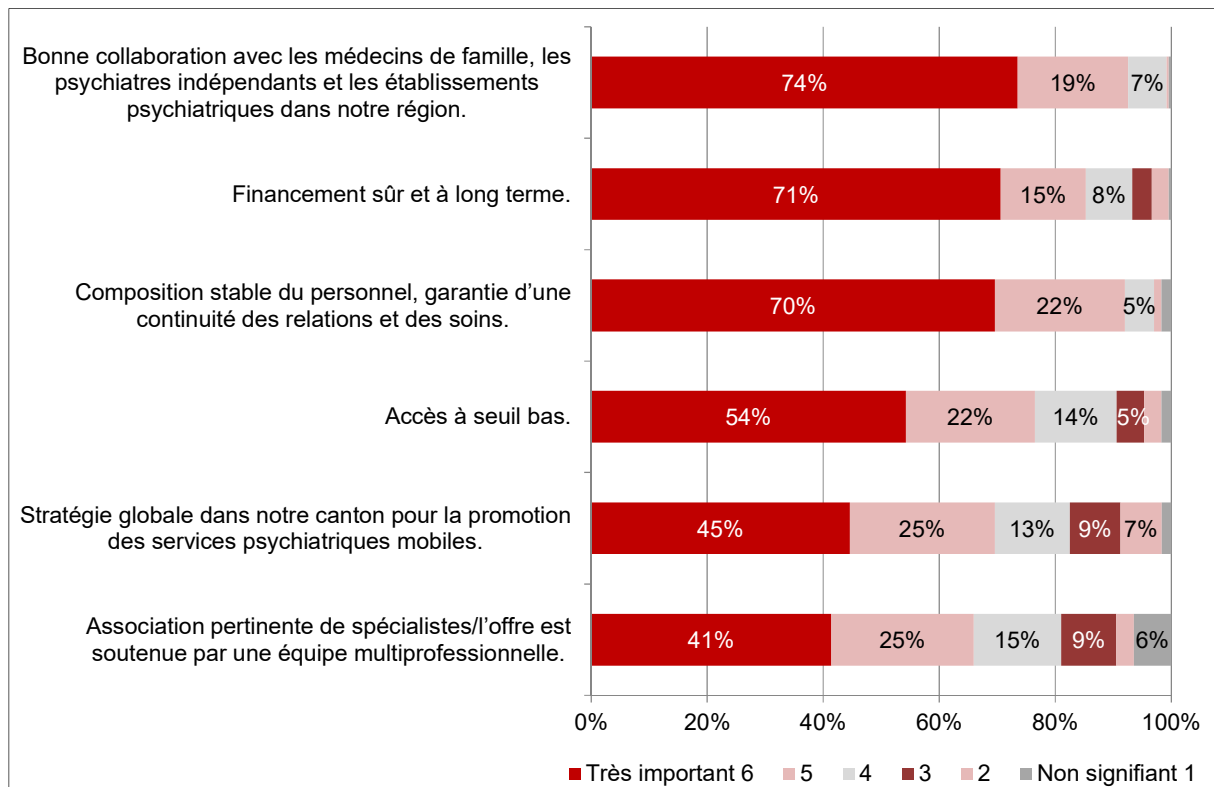
Parallèlement à ces critères qui peuvent être décrits en tant que *conditions de réussite* pour services mobiles, le critère de réussite suivant a été souvent mentionné par ailleurs dans le sens d'*un effet ou d'une prestation spécifique* attendu:

- Éviter et réduire la durée de séjours stationnaires par une transition améliorée vers le traitement ambulatoire.

À partir des réponses au sondage auprès des cantons, une liste des critères de réussite envisageables pour le sondage auprès des prestataires a été élaborée. Il a été demandé aux fournisseurs de prestations sondés de noter ces critères de réussite selon l'échelle «très important» à «sans importance». Les résultats – triés par fréquence de la part des mentions «très important» sont présentés dans les **Graphique 17** et **Graphique 18**.

Les trois critères apparaissant comme les plus importants (voir **Graphique 17**) sont la collaboration avec les acteurs du secteur de la santé, un financement garanti sur le long terme et un pourvoi stable en personnel des services mobiles. Les critères bas seuil, stratégie cantonale globale et association mixte adéquate de professionnels sont également considérés comme cruciaux par 40 à 50 pour cent des sondés.

Graphique 17: pondération des facteurs de réussite par prestataires de services mobiles



Question: «Quels sont les critères de réussite pouvant permettre de maintenir un service psychiatrique mobile tel que celui que vous proposez de manière durable et adaptée aux besoins ? Quelle est l'importance des critères suivants ?» n= 242, 238, 237, 234, 240, 232

Remarque: les catégories de réponses non indiquées présentent des parts inférieures à 5 %.

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

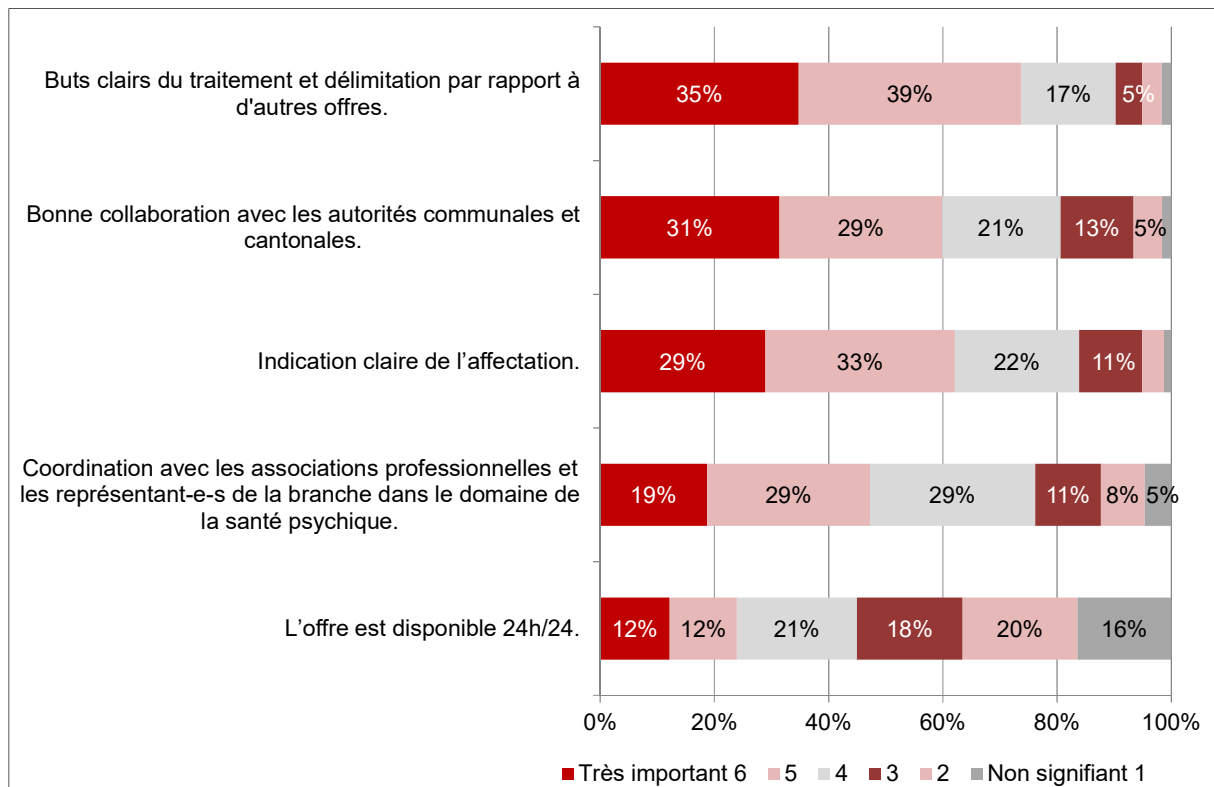
7 pour cent des sondés ont eu recours à la possibilité d'émettre de propres indications sous «Autres critères». Les critères indiqués sur la liste prescrite ont été repris et illustrés à plusieurs reprises. Voici un exemple sur le thème de la continuité relationnelle:

«Les contacts et le travail relationnel avec les mêmes personnes de référence constituent l'élément central de la réussite des soins ambulatoires psychiatriques. C'est pourquoi les séjours en clinique des patientes et patients ainsi suivis ont enregistré un recul significatif.

(Source: sondage auprès des prestataires)

Les critères considérés comme moins importants sont indiqués dans le **Graphique 18**. Le fait que l'offre doive être à disposition 24h/24 est mentionné le plus rarement (12 pour cent indiquent «très important»). Dans le cadre du symposium parallèle à l'atelier «Spécificités des services mobiles pour groupes cibles atteints de troubles complexes», l'accessibilité 24h/24 en particulier pour ce groupe cible spécifique de patient-e-s – dont certains présentant un risque de suicide à prendre en compte – a été considérée comme importante. La disponibilité d'un-e interlocuteur/trice au téléphone ou par mail entre ici en premier lieu en considération. L'expérience montre que les préoccupations et incertitudes peuvent être souvent tirées au clair au téléphone de sorte qu'une visite à domicile n'est pas nécessaire. Il est essentiel que les personnes concernées et leurs proches sachent que quelqu'un prêt à intervenir en cas d'urgence est là pour elles.

Graphique 18: pondération des facteurs de réussite par prestataires de services mobiles – suite



Question: «Quels sont les critères de réussite pouvant permettre de maintenir un service psychiatrique mobile tel que celui que vous proposez de manière durable et adaptée aux besoins ? Quelle est l'importance des critères suivants ?» n= 236, 242, 235, 235, 238

Remarque: les catégories de réponses non indiquées présentent des parts inférieures à 5 %.

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Les deux thèmes, qui ont été nommés à plusieurs reprises en complément de la liste prescrite de critères de réussite, sont «Formation continue et qualification» (13 mentions) ainsi qu'«Administration» (4 mentions). Pour ce qui est du premier thème, une formation continue constante et adaptée aux besoins, comportant des offres de formation continue adéquates afin de garantir la qualité élevée des soins psychiatriques, est considérée comme étant un facteur de réussite important. Les défis particuliers de ce domaine professionnel sont également mentionnés. Trois exemples de citations en tant qu'illustration:

«Processus conceptuels reposant sur des évidences et guides en matière d'actions.»

«Supervision et formation continue permanentes, contrôle de mon travail (car seul-e).»

«Un savoir-faire spécifique dans le domaine des services de proximité est à disposition et doit pouvoir être développé. Pour de nombreux professionnels, ce principe est entièrement nouveau, de même que le rôle d'«hôte» du patient, de là le risque de surmenage et d'isolement.»

(Source: sondage auprès des prestataires)

Au niveau de l'administration, des charges administratives légères sont considérées en premier lieu en tant qu'un facteur important. Citation:

«L'administration doit être légère, mais performante. Cela permet de consacrer plus de temps à la mission de soins qui est prioritaire et d'économiser des coûts.»

(Source: sondage auprès des prestataires)

En complément de la liste des facteurs de réussite, les fournisseurs de prestations sondés ont également reçu une liste des *prestations spécifiques*. (Il pourrait être aussi question des effets ou résultats de la présence de services mobiles.) La question portait sur les prestations spécifiques des services psychiatriques mobiles qui doivent être proposées en complément ou remplacement des offres ambulatoires et stationnaires existantes. Comme présenté dans le **Graphique 19**, l'exigence en matière de qualité du traitement et de qualité de vie des patient-e-s se voit accorder la part proportionnelle maximale avec la réponse «entièrement exact». Par ailleurs, à l'instar des responsables cantonaux, éviter et réduire des séjours stationnaires sont considérés comme étant une prestation spécifique importante (concernant ce thème, voir encadré à la fin du chapitre 5.1). Les prestations de réseautage entre les différents acteurs ainsi que la garantie du transfert du traitement stationnaire vers le traitement ambulatoire ont été également mentionnées en tant que deux prestations spécifiques importantes (avec respectivement deux tiers de «entièrement exact»). L'allègement des charges pour les proches et les familles est indiqué le moins fréquemment comme étant «entièrement exact», néanmoins par près d'un service mobile sur deux.

Graphique 19: prestations spécifiques de la perspective des prestataires de services mobiles



Question: «Selon vous, quelles prestations spécifiques les services psychiatriques mobiles accomplissent-ils – en complément ou remplacement des offres ambulatoires et stationnaires existantes ?» n = 244; 240; 236; 242; 240; 239; 242

Remarque: les catégories de réponses non indiquées présentent des parts inférieures à 5 %.

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

14 pour cent des sondés ont eu recours à la possibilité de nommer d'«Autres prestations spécifiques». Dans ce contexte, les performances positives des services mobiles en matière de traitements sur le long terme, notamment en raison de la continuité de la relation et de l'autonomisation – ainsi que les baisses des coûts qui en résultent ont été souvent nommées. Quelques exemples:

«Le soutien apporté par la personne de référence est accepté dans la plupart des cas et sur le long terme.»

«Les résultats du traitement sont de loin meilleurs en raison de la présence de personnes de référence identiques et d'une relation stable.»

«Stabilité psychique des patient-e-s.»

«Meilleur soutien sur les lieux qui permet une transposition au quotidien (expositions, etc.).»

«Soutien pour plus d'autonomie.»

«Aide à l'intégration dans le monde du travail ou dans la société.»

«Diminution des coûts du traitement.»

«Réduction des coûts dans le secteur des affaires sociales.»

(Source: sondage auprès des prestataires)

Excursus: évidence permettant d'éviter et de réduire des séjours stationnaires

Exposé du professeur Urs Hepp lors de l'atelier «Critères de réussite pour services psychiatriques mobiles»

En ce qui concerne la situation internationale de la recherche, il existe deux méta-analyses sur l'efficacité des services psychiatriques mobiles en rapport avec différents paramètres finaux (Murphy et al, 2015; National Collaborating Centre for Mental Health, 2014). Ces analyses résument le facteur «évidence» à partir d'un total 14 études randomisées réalisées avec des groupes de contrôle; elles concluent qu'il est possible de réduire ou de raccourcir la durée des séjours stationnaires de manière efficace en matière de coûts grâce à des traitements à domicile. Il a été en outre démontré que la charge qui pèse sur les proches peut être réduite de manière significative et que la satisfaction des patient-e-s et de leurs proches est plus importante que lors de traitements stationnaires classiques. La valeur informative des méta-analyses est toutefois limitée: 5 des 14 études datent de plus de 25 ans, 3 études déforment les résultats en raison de leur conception (définition du traitement à domicile, critères d'intégration des participants aux études).

Trois projets (pilotes) étudient actuellement si les effets constatés dans les études étasuniennes, canadiennes ou australiennes peuvent être également attendus en Suisse. «Soins aigus à intégration communale» dans le canton de Lucerne, «Traitement à domicile pour le traitement psychiatrique aigu» dans le canton d'Argovie et «Home Treatment – traitement aigu à domicile» dans le canton de Zurich. Les résultats des études qui n'ont pas encore été publiés sur le traitement aigu par Home Treatment dans le canton d'Argovie¹⁴ et sur les soins aigus à intégration communale dans le canton de Lucerne¹⁵ montrent que cette offre de prise en charge a pour conséquence la réduction des jours de traitement stationnaires et des coûts directs de traitement. Sur le plan qualitatif également, les effets du traitement de proximité semblent se confirmer (avantages selon les proches et les patient-e-s).

Les résultats sont donc prometteurs également pour la Suisse; il importe toutefois d'élargir et d'approfondir la base de l'évidence par d'autres études scientifiques d'accompagnement et d'évaluation.

¹⁴ Cf. présentation des résultats dans Stulz et al. (2017).

¹⁵ Cf. présentation du modèle dans Kraan (2016).

5.2 Défis et besoins d'agir

21 responsables cantonaux ont répondu à la question des défis afférents à une intervention adaptée aux besoins et durable des services psychiatriques mobiles. Les réponses ouvertes ont été résumées dans le cadre des domaines thématiques suivants considérés comme importants:

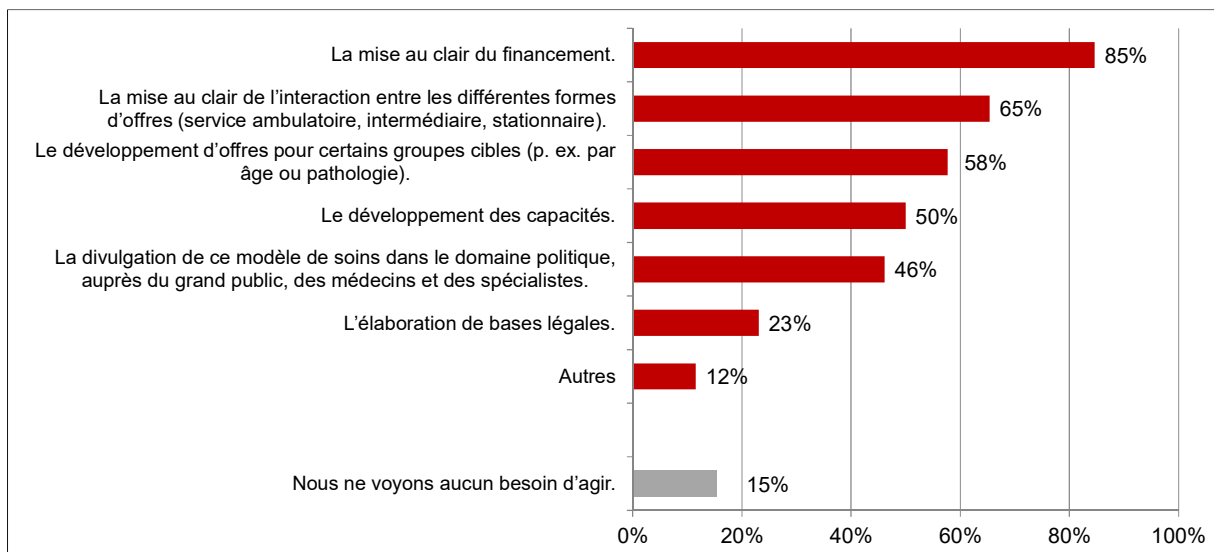
Défis de la perspective des responsables cantonaux

- Financement insuffisant/non garanti des services mobiles (p. ex. coûts des traitements et déplacements du personnel non médical, prestations de réserve et garantie de la flexibilité nécessaire, délimitation des prestations obligatoires AOS par rapport aux prestations non obligatoires).
- Pénurie de personnel spécialisé qualifié, en particulier d'infirmières et infirmiers.
- L'interaction entre les différentes formes d'offres (ambulatoire, intermédiaire, stationnaire) ne fonctionne pas bien et devrait être tirée au clair.

Outre la question des critères de réussite, les responsables cantonaux ont demandé une évaluation des besoins d'agir en référence à une liste prescrite de thèmes. Les résultats sont présentés dans le **Graphique 20**. Pratiquement tous les cantons estiment qu'il est nécessaire de clarifier la question du financement des services psychiatriques mobiles et l'interaction entre les différentes formes d'offres. Près de 60 pour cent des cantons considèrent qu'il est nécessaire de développer des offres pour certains groupes cibles, et la moitié considère qu'un développement des capacités (y compris dans le sens de l'élaboration de nouvelles offres) est nécessaire. Les trois points supplémentaires suivants ont été de plus indiqués sous «Autre»: développement de la prise en charge intégrée; développement de critères standardisés (concernant les exigences, les qualifications, l'assurance de la qualité, etc.); recours accru à des instruments télémédicaux, p. ex. eHealth).

Au total, 15 pour cent des responsables cantonaux indiquent qu'il n'existe selon eux aucun besoin urgent d'agir. Sont indiquées en tant que raisons une prise en charge suffisante et l'interaction très opérationnelle entre les différentes offres; un canton souhaite attendre dans un premier temps les résultats des projets pilotes en cours avant d'étudier précisément un éventuel besoin d'agir.

Graphique 20: besoin d'agir de la perspective des cantons



Question: «Comment votre canton évalue-t-il les besoins d'agir quant à l'instauration et au développement de services mobiles dédiés au traitement et aux soins de patient-e-s ayant une maladie psychique?» n = 26

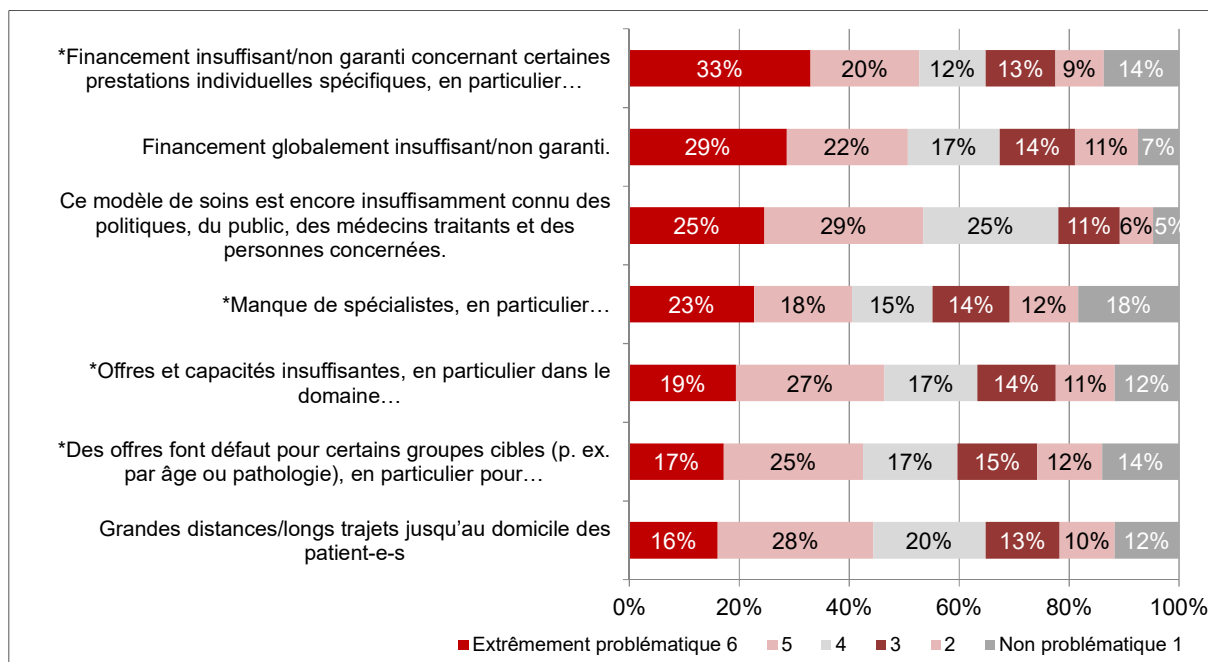
Remarque : plusieurs réponses possibles. Quelques cantons ont mentionné qu'il n'y a pas de besoin d'agir, mais ont quand même cité des points individuels.

Source: sondage des cantons 2017, évaluations BASS

38 pour cent des cantons ont répondu par l'affirmative à la question si le développement (ultérieur) de l'offre des services mobiles est un élément constitutif des stratégies ou chartes cantonales sur la santé psychique.

En analogie avec les critères de réussite, une liste des défis envisageables pour le sondage auprès des prestataires a été élaborée à partir des réponses du sondage des cantons. Il a été demandé aux fournisseurs de prestations sondés de noter ces défis sur une échelle allant de «extrêmement problématique» à «non problématique». Les résultats – triés par fréquence de la part de mentions «extrêmement problématique» – sont présentés dans les **Graphique 21** et **Graphique 22**.

Graphique 21: défis de la perspective des prestataires



Question: «Quels sont les défis auxquels les services psychiatriques mobiles doivent faire face? Selon vous, dans quelle mesure les défis ci-après mentionnés sont-ils problématiques?», n = 182, 227, 232, 185, 196, 186, 230

Remarque: Pour les assertions avec une étoile*, les participant-e-s avaient la possibilité d'apporter des compléments individuels dans une boîte de texte.

Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

Un tiers des prestataires sondés considèrent que le financement insuffisant ou non garanti de certaines prestations individuelles est extrêmement problématique (cf. **Graphique 21**). Près de 60 pour cent des sondés ont eu recours à la possibilité d'indiquer dans le champ de réponse libre de quelles prestations individuelles il s'agit. Les points suivants sont mentionnés par au minimum 5 pour cent des sondés qui ont répondu (catégorisation multiple):

- frais et temps de déplacement (34 %)
- documentation/administration (22 %)
- financement des coûts résiduels: aucun coût résiduel financé et/ou différences importantes entre les communes et cantons (11 %)
- coordination entre médecins et infirmiers/infirmières; transferts; contact durant le séjour; prestations élevées en l'absence de patient-e-s (11 %)
- encadrement (social)/accompagnement/gestion de cas/prestations thérapeutiques (10 %)
- annulations de rendez-vous, absence des patients (9 %)
- traitement de pathologies spécifiques (7 %)
- temps de présence/service de piquet / horaires de travail inhabituels (6 %)

- i) interventions en cas de crise (5 %)
- j) traitement de longue durée (5 %)

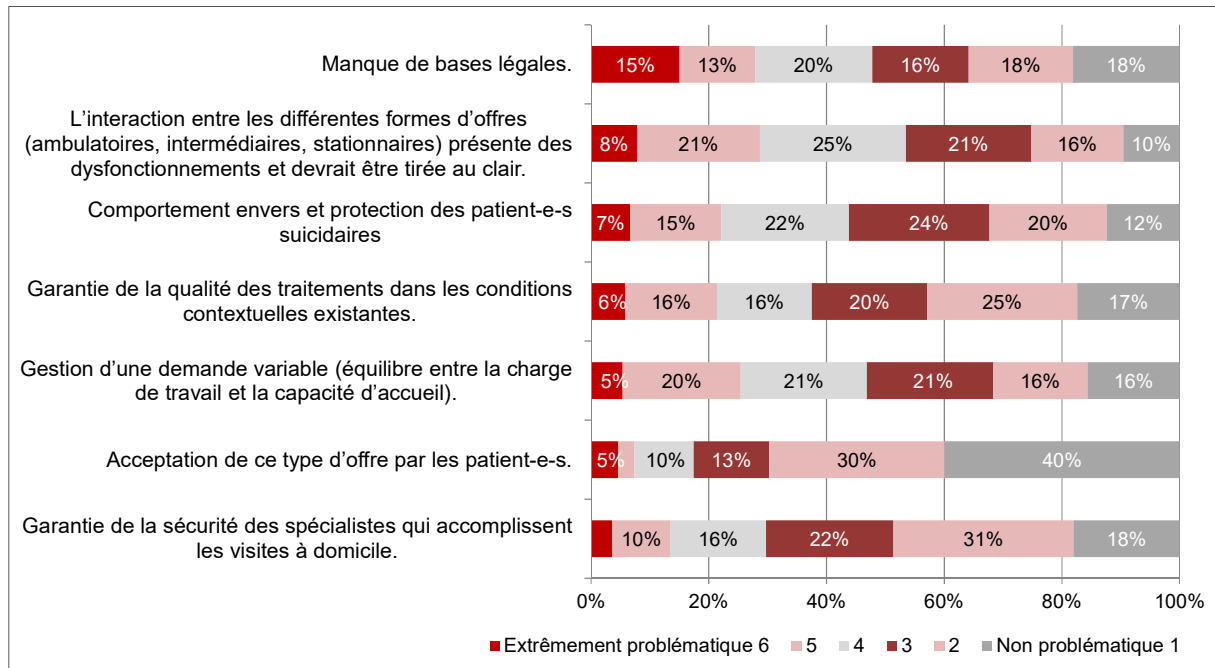
La caractéristique essentielle des services mobiles réside dans le fait que les professionnels compétents se déplacent chez les patients (et non l'inverse). Comme le montrent les résultats ci-dessus, le financement de ce trajet de déplacement est toutefois précisément insuffisamment couvert. Alors que dans le tarif médical TARMED une indemnité de déplacement est prévue du moins pour les médecins (une telle indemnité de déplacement peut être définie exceptionnellement, après accord bilatéral, pour les professionnels non médicaux; cf. explications relatives au tarif médical TARMED au chapitre 4.1), une indemnité de parcours pour soins médicaux ambulatoires selon l'art. 7 OPAS n'est pas prévue. Les déclarations émises durant l'atelier signalent que, notamment dans les régions plus rurales, cela peut avoir pour conséquence l'incapacité d'assumer financièrement des services de proximité et que de tels services ne sont de ce fait pas proposés. Un financement insuffisant de tâches de documentation et d'administration est indiqué par environ un cinquième des personnes qui ont répondu. Enfin, les différences en matière de financement des coûts résiduels entre les cantons (point c) et les limitations concernant les prestations de coordination ou les prestations accomplies en l'absence des patient-e-s (point d) sont qualifiées d'insatisfaisantes par respectivement encore près de 10 pour cent des sondés qui ont répondu. De plus, il convient de mentionner que les responsables de services de conciliation et de liaison – bien établis en Suisse mais plutôt sous-représentés dans le sondage auprès des prestataires – signalent un poste prestations manquant pour conciliaires dans TARMED. Suivie de la problématique du financement, une trop faible notoriété de ce modèle de prise en charge auprès des pouvoirs politiques et du grand public, parmi les personnes chargées de l'affectation et les personnes concernées, est considérée comme étant extrêmement problématique par un quart des sondés (voir ci-dessus Graphique 21). Également près d'un quart indique la pénurie de professionnels qualifiés comme étant un problème important. Conformément aux compléments libres, il s'agit ici en particulier d'infirmières et d'infirmiers spécialisés dans les soins psychiatriques ou généralistes. La pénurie de professionnels constatée s'applique aussi aux psychiatres, différents «points sensibles» ayant été nommés: psychiatrie de conciliation et de liaison, psychiatrie pour enfants et adolescents, psychiatrie sociale et prise en charge médicale spécialisée en région rurale.

L'insuffisance d'offres et de capacités dans certains domaines¹⁶ ainsi que le manque d'offres pour certains groupes cibles constituent deux autres champs thématiques considérés comme extrêmement problématiques par un nombre relativement important de prestataires, soit 19 et 17 pour cent (voir Graphique 21 ci-dessus). Les lacunes spécifiques à des groupes cibles concernent surtout les enfants et les adolescents, les jeunes adultes et les familles, les personnes âgées et celles atteintes de démence.

Le **Graphique 22** présente les défis considérés comme moins urgents par les prestataires sondés. Il s'avère entre autres que la gestion de volumes de travail variables génère des difficultés ponctuelles pour une grande partie des sondés, mais qu'elle peut être généralement bien solutionnée.

¹⁶ Des capacités insuffisantes pour différentes formes d'offres de proximité sont constatées au niveau des indications/(mentions) libres (soins psychiatriques de proximité/services psychiatriques d'aide et de soins à domicile/Spitex, traitement à domicile); des interventions en cas de crise et des urgences ont été également souvent mentionnées.

Graphique 22: défis de la perspective des prestataires – suite



Question: «Quels sont les défis auxquels les services psychiatriques mobiles doivent faire face? Selon vous, dans quelle mesure les défis ci-après mentionnés sont-ils problématiques?», n = 226, 230, 226, 224, 224, 224, 218, 222

Remarque: les catégories de réponses non indiquées présentent des parts inférieures à 5 %.
Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, évaluations BASS

6 Synthèse et discussion

Dans ce chapitre, les constatations réunies dans le cadre des sondages ainsi que des exposés incitatifs, présentations et discussions de l'atelier sont compilées afin d'esquisser une vue d'ensemble actuelle sur la nature et la configuration des services psychiatriques mobiles en Suisse (partie 6.1). En conclusion, les facteurs essentiels de réussite ont été à nouveau analysés et les besoins d'agir présentés (point 6.2).

6.1 Classification des services psychiatriques mobiles

Le but du projet consistait à déterminer les différents types et catégories de services mobiles qui existent en Suisse. Le sondage et l'aperçu de la pratique au vu de différentes offres ont démontré que les services psychiatriques mobiles sont extrêmement variés. Toutefois, les caractéristiques des offres (professionnels, structures organisationnelles, financement) permettent de différencier sommairement trois types de services mobiles:

Classification des services mobiles

- **Type 1:** soins psychiatriques ambulatoires proposés par des professionnels libéraux des soins psychiatriques et des services d'aide et de soins à domicile/Spitex.
- **Type 2:** services psychiatriques mobiles d'hôpitaux et de services psychiatriques
 - **2a:** services de conciliation et de liaison
 - **2b:** unités mobiles d'hôpitaux et de cliniques psychiatriques
- **Type 3:** services mobiles d'autres prestataires

Les soins psychiatriques de proximité (**type 1**) sont accomplis en premier lieu par des équipes monodisciplinaires et des infirmières et infirmiers indépendants; les médecins (spécialistes) établissent des ordonnances pour les prestations de soins. Les services du type 1 portent fréquemment sur le traitement longue durée de patient-e-s.¹⁷

Les services mobiles qui, au niveau institutionnel, sont rattachés à des hôpitaux ou des cliniques psychiatriques appartiennent au **type 2**. Les services de conciliation et de liaison qui travaillent habituellement dans des hôpitaux qui leur demandent des évaluations de cas constituent un cas spécial. Leur tâche est composée principalement d'évaluations et recommandations à l'attention des médecins traitants; dans la majorité des cas, ils ne sont pas directement impliqués dans le traitement et l'accompagnement de patient-e-s. Dans ce contexte, il est discuté sous forme controversée si les psychiatres de conciliation et de liaison doivent être considérés réellement en tant que services mobiles. De même que les autres professionnels, les services de conciliation et de liaison se chargent aussi de tâches de traitement et d'accompagnement psychiatriques dans des institutions au sein desquelles des personnes séjournent à long terme (établissement médico-social, home pour personnes handicapées, prison) en raison notamment de la pénurie de professionnels spécialisés dans ces établissements. À notre avis, le fait qu'une des caractéristiques constitutives des services mobiles porte sur l'encadrement, le traitement et les évaluations dans l'environnement (domestique) des personnes concernées¹⁸ et que cet environnement n'est pas, pour nombre de patient-e-s un appartement, mais un home ou une cellule de prison, se prononce selon nous en faveur d'une classification séparée en

¹⁷ Un tableau croisé avec test khi carré du type variable fois prestation «traitement de longue durée» montre que le type 1 prend significativement plus souvent en charge des prestations du domaine du traitement de longue durée que le type 2b (mais non en tant que type 2a).

¹⁸ Voir définition du travail dans la partie 1.2.

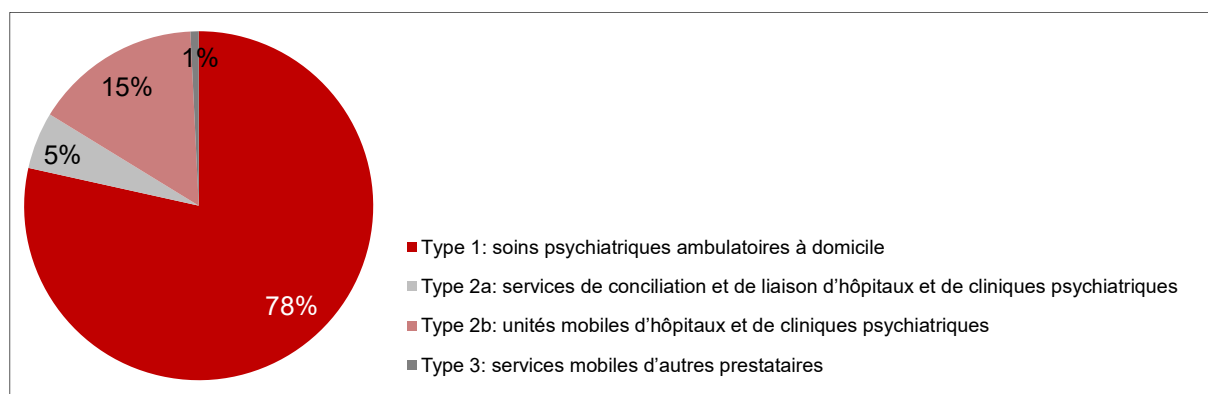
tant que **type 2a** des services de conciliation et de liaison. Cela, dans la mesure où les services de conciliation et de liaison sont accomplis dans des institutions au sein desquelles les personnes concernées séjournent durablement. Les services de conciliation et de liaison «classiques» au sein des hôpitaux pour soins aigus ne doivent pas être compris en tant que «services mobiles» dans ce sens.

Les services mobiles conformes au **type 2b** sont souvent multiprofessionnels et disposent, selon le groupe cible et l'éventail de l'offre, de diverses dénominations, entre autres traitement à domicile (Home Treatment), équipe mobile, service psychiatrique de proximité, intervention mobile en cas de crise, traitement aigu intégré dans une commune, traitement psychiatrique ambulatoire relevant de la médecine légale, soins transitoires post-stationnaires ou gestion intensive de cas¹⁹. Ces équipes de traitement sont rattachées à des cliniques psychiatriques, mais selon leur forme organisationnelle, elles ne peuvent pas être clairement délimitées d'autres unités organisationnelles. Il s'avère entre autres que certaines équipes traitent leurs patient-e-s en clinique (soins hospitaliers ambulatoires et stationnaires) mais se rendent aussi à leur domicile (cf. partie correspondante du chapitre 2.2). Une partie de ces offres porte sur des alternatives aux séjours stationnaires en clinique, à savoir sur des traitements de durée limitée. D'autres sont plutôt conçues sous forme d'un accompagnement de longue durée.

Le **type 3** constitue une catégorie restante de services mobiles qui sont accomplis par des prestataires tels que des fondations ou des associations et financés en premier lieu par l'assurance-invalidité (AI), les services sociaux ou les rentrées fiscales. L'accompagnement de proximité et le coaching en matière de logement sont des exemples extraits du sondage auprès des prestataires. Étant donné que seuls deux services relèvent de cette catégorie parmi les prestataires sondés, ils n'ont pas été intégrés dans les analyses statistiques des différences par types.

Le **Graphique 23** présente la répartition des fournisseurs de prestations sondés en fonction du type d'offre. Il convient de noter ici que cette répartition n'est pas représentative de la situation en Suisse. L'équipe de recherche a connaissance du fait qu'il existe en Suisse plus de services de conciliation et de liaison (type 2a) que ceux qui ont participé au sondage.²⁰

Graphique 23: répartition des réponses au sondage des prestataires par type



Source: sondage des prestataires de services psychiatriques mobiles 2017, n = 265, évaluations BASS

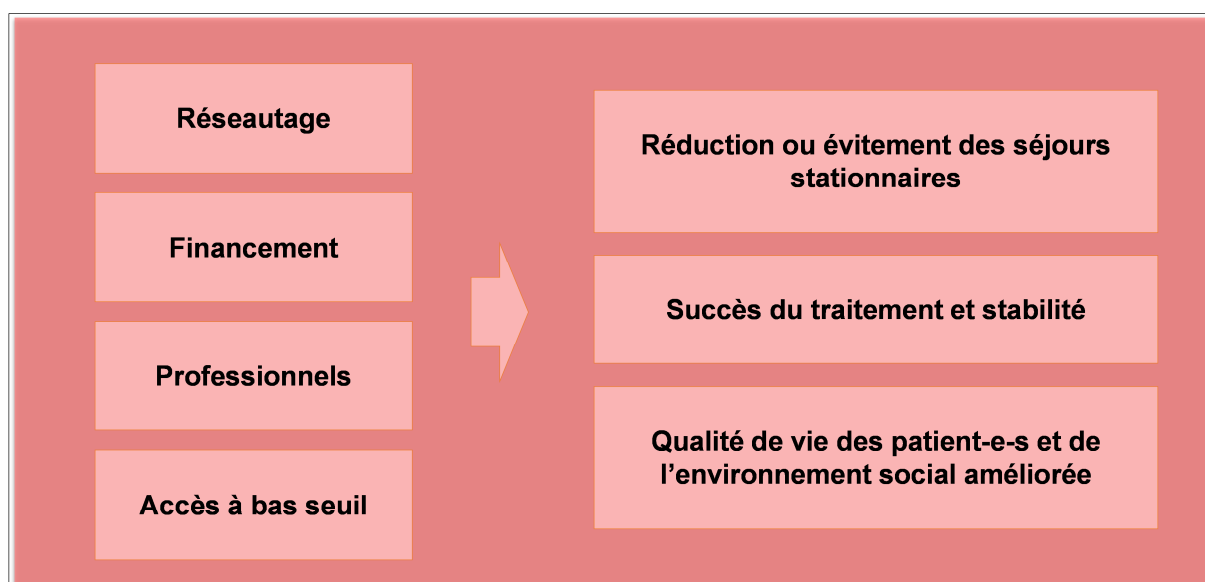
¹⁹ Concernant la définition de ces principes et de leurs points communs et différences, voir Hepp & Stulz (2017).

²⁰ Pour décharger les hôpitaux qui proposent une multitude d'offres, la possibilité leur a été donnée de renoncer à des mentions sur les services de conciliation et de liaison.

6.2 Discussion sur les facteurs à considérer et déductions

Le **Graphique 24** présente les facteurs les plus importants considérés comme essentiels pour un ancrage durable des services psychiatriques mobiles et la réussite de cette intervention systémique²¹ en matière de politique de la santé, de traitements et surtout pour les personnes concernées et leurs proches. Les parties suivantes expliquent les points spécifiques à considérer pour les différents facteurs, ce qui fonctionne déjà bien dans la pratique et dans quels domaines il est nécessaire d'agir.

Graphique 24: aperçu des facteurs et effets principaux propres aux services psychiatriques mobiles



Sources: sur la base de tous les modules du projet (sondage des cantons et des prestataires, atelier), propre présentation BASS

6.2.1 Facteurs propices à l'ancrage de services mobiles

Réseautage

Le réseautage des acteurs joue un rôle important à différents niveaux. En ce qui concerne l'interaction **entre des acteurs du secteur de la santé publique**, différents projets développés en collaboration par exemple entre des cliniques et des services d'aide et de soins à domicile/Spitex se sont établis. Certains cantons favorisent ce réseautage sous forme ciblée en mettant des plateformes d'échange à disposition. L'expérience pratique montre que la peur de la concurrence est très présente au niveau de projets nouvellement initialisés dans le domaine des traitements à domicile, mais que l'on parvient à obtenir l'acceptation des rôles complémentaires de différents prestataires (p. ex. intervention à court terme d'équipes mobiles dans des situations critiques lorsque les soins psychiatriques ne suffisent plus à eux seul). Toutefois l'atelier a aussi fait apparaître qu'une meilleure clarification de l'interaction entre différentes formes d'offres – ambulatoire, intermédiaire, stationnaire – et une collaboration plus étroite aux interfaces entre le traitement aigu et les soins de suite/l'accompagnement sont demandées.

Le profil des groupes cibles traités tels que les projets présentés lors de l'atelier montrent que nombre de patient-e-s ont également besoin, parallèlement à un soutien médical et infirmier, d'une assistance permettant la maîtrise de problèmes psychosociaux. La collaboration interdisciplinaire **entre le sec-**

²¹ Contrairement à une intervention isolée, les services mobiles proposent une intervention systémique, ce qui signifie que les offres de prise en charge sont organisées et mises à disposition sous une forme particulière. Cf. aussi DGGPN (2013).

teur de la santé publique et des affaires sociales, si nécessaire avec le concours des autorités du domaine de l'éducation et de la justice, est tout aussi importante. L'intégration de travailleuses et travailleurs sociaux dans les équipes interdisciplinaires de traitement est normalisée dans d'autres pays (p. ex. UK cf. Jäggi et al., 2017) et est qualifiée d'essentielle par des expert-e-s. Le financement est en partie qualifié de défi; il est possible via TARMED uniquement sous forme limitée (cf. chap. 4.1).

Enfin, la **notoriété** des formes de prise en charge mobiles et de proximité en psychiatrie fait également partie du thème réseautage. Malgré le nombre croissant et la présence accrue de telles offres, les acteurs sont d'accord sur le fait que ce modèle de prise en charge doit être encore mieux connu des personnes concernées, des proches, des fournisseurs de prestation, du public et des politiques.

Financement

Le **financement garanti sur le long terme** est un facteur de réussite important, et simultanément, un défi essentiel pour les services psychiatriques mobiles. Certaines possibilités de financement existent certes. Il y a un peu plus d'une dizaine d'années, des adaptations de l'art. 7 OPAS ont ainsi créé par exemple la base d'une facturation des prestations psychiatriques pour des infirmières et infirmiers indépendants et des services d'aide et de soins à domicile/Spitex. De plus, grâce à l'engagement considérable de fournisseurs de prestations, responsables cantonaux, politiques et assurances, des projets pilotes innovants ont pu être initialisés et intégrés dans la prise en charge réglementaire dans certains cantons. Globalement, selon le type d'offre, différents obstacles doivent être encore maîtrisés en matière d'établissement et d'expansion des services mobiles.

Les services de proximité du type 1 (soins indépendants et services d'aide et de soins à domicile/Spitex) accomplissent la majeure partie des prestations mobiles de prise en charge. En ce qui concerne leur financement, le financement insuffisant de certaines prestations est problématique (au préalable: temps de déplacement, documentation/administration, prestations de réserve, frais de coordination). En particulier en ce qui concerne le dernier point, il est fait référence aux différences d'interprétation entre fournisseurs de prestations et assureurs au niveau de la délimitation de prestations obligatoires et non obligatoires de l'AOS. Outre la question du financement insuffisant de certaines prestations individuelles, il est fait référence aux grandes différences entre les cantons quant à la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins. Parallèlement à la contribution fixe des assureurs (AOS) au financement de prestations de soins de proximité, le financement de coûts résiduels selon le canton et les coûts normalisés qui en sont à la base sont très différents. Les différences en matière de cofinancement par le canton, les communes et/ou les patient-e-s contribuent au fait que l'offre relative à cette forme de prise en charge est plus ou moins importante selon le canton de domiciliation des patient-e-s. Il se peut ainsi que, dans certaines circonstances, des prestataires ne puissent pas couvrir les coûts de leurs prestations dans des cantons en grande partie ruraux sans financement des coûts résiduels (déplacements).

Les services de conciliation et de liaison d'hôpitaux et de cliniques psychiatriques bien établis en Suisse, qui ont été affectés aux services mobiles de type 2a dans le cadre du présent projet, ont signalé dans le sondage auprès des prestataires d'une part un financement globalement insuffisant et/ou non garanti, d'autre part certaines prestations individuelles non ou insuffisamment financées dans le cadre du tarif médical TARMED (services de conciliation, déplacements pour personnel non médical).

L'offre des autres unités mobiles d'hôpitaux et de cliniques psychiatriques (type 2b) est la plus hétérogène. L'éventail va de l'intervention à court terme en cas de crise et de la prise en charge d'urgence avec fonction transitoire au remplacement d'un séjour stationnaire en clinique et au soutien de plus ou

moins longue durée sous forme d'une gestion intense de cas. En ce qui concerne le financement, pour les services du type 2b il est assuré majoritairement par l'association des contributions des cantons et de l'AOS sur la base d'une facturation via le tarif médical TARMED. Pour une certaine partie – toutefois restreinte – des services, la facturation des prestations se fait par le biais de forfaits par cas ou de forfaits journaliers qui ont été négociés individuellement entre les fournisseurs de prestations, les (différentes) compagnies d'assurance et les cantons. En ce qui concerne les difficultés de financement du type 2b, diverses prestations individuelles ne sont pas ou sont insuffisamment financées dans le TARMED. Les points suivants sont avant tout problématiques: les temps de déplacement des professionnels non médicaux, le recours à des professionnels non médicaux (limité à quatre heures par semaine), les prestations de réserve (p. ex. service de piquet, annulations à court terme par des patient-e-s), les prestations en l'absence des patient-e-s (pour lesquelles la charge de travail dépasse la limitation) et le décompte du travail social qui ne couvre pas les frais. Parallèlement, l'incertitude en matière de planification qui est engendrée par la dépendance du financement public (par exemple avec des prestations d'intérêt général PIG) est signalée. Les contributions correspondantes doivent être constamment soumises à de nouvelles approbations, ce qui est un facteur important d'incertitude en raison de la situation financière des cantons et de la définition controversée des PIG²² et/ou de la difficulté de délimiter les prestations obligatoires et non obligatoires de l'AOS.

Dans le cadre du sondage et de l'atelier, différents acteurs (responsables cantonaux, fournisseurs de prestations, représentants de compagnies d'assurance) ont soulevé la question de l'adaptation du modèle TARMED au financement des services mobiles. Dans ce contexte, il y a lieu de se demander, par exemple, si les offres de prise en charge très fréquentes par une équipe multidisciplinaire à des fins de remplacement d'un séjour stationnaire en clinique ne devraient pas être financées sous forme de forfaits/forfaits journaliers tout comme les prestations stationnaires. Les résultats de premières études réalisées en Suisse démontrent que de telles offres équivalentes aux offres stationnaires permettraient d'obtenir une réduction des jours de traitement stationnaire et des coûts directs de traitement.²³ Actuellement, seule une petite partie des services mobiles est financée sur la base de forfaits/forfaits journaliers. La conclusion de tels accords dépend de la question si les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations, assurances, cantons) s'entendent sur le montant et la répartition des tarifs. Dans ce contexte, une régulation située en amont du financement et/ou de l'harmonisation des modèles de remboursement pour services psychiatriques mobiles du type 2b a été discutée à plusieurs reprises durant l'atelier. Il conviendrait d'étudier dans quelle mesure – malgré son hétérogénéité – un modèle de remboursement harmonisé conviendrait à tous les services du type 2b ou si une catégorisation supplémentaire de sous-types serait nécessaire.

En résumé, on peut dire qu'au-delà de tous les types, il existe des différences de financement entre les cantons qui ont un impact significatif sur les services mobiles. Par conséquent, il est impossible de garantir la mise à disposition de services mobiles en tant qu'option pour le traitement de patient-e-s dans tous les cantons. Le traitement auquel les patient-e-s peuvent prétendre dépend plutôt amplement de leur lieu de résidence.

²² Cf. Stockar et al. (2016).

²³ Certains participants de l'atelier considèrent la discussion sur un financement harmonisé des prestations stationnaires et ambulatoires (EFAS) comme étant l'élément clé du développement futur de ces formes d'offres.

Professionnels

L'offre existante en services mobiles psychiatriques est mise à disposition par des **professionnels hautement qualifiés**. Le groupe professionnel le plus important est celui des soins (il s'agit ici en particulier d'un personnel spécialisé ayant un diplôme du tertiaire); ces professionnels sont intégrés dans des **équipes multiprofessionnelles de cliniques (type 2b)**, mais souvent aussi indépendants; ils encadrent et accompagnent des patient-e-s aussi sur le long terme dans le cadre de services d'aide et de soins à domicile/Spitex (concernant les services monodisciplinaires du type 1, il existe généralement une collaboration avec les médecins traitants). Les infirmières et infirmiers fournissent ainsi une contribution essentielle à la **continuité du traitement et des relations**, laquelle est un facteur important pour la réussite du traitement. Tous les infirmiers et infirmières – ainsi que les psychiatres, psychologues, etc. – doivent acquérir un savoir-faire spécifique à la structure du traitement de proximité; la formation continue et la supervision régulières sont également des facteurs de réussite importants. Compte tenu des nombreuses exigences et de la pénurie généralisée de personnel dans le domaine de la prise en charge psychiatrique, de nombreux prestataires évoquent des difficultés à recruter un personnel spécialisé qualifié.

Bas seuil

Pour les patient-e-s et les proches qui profitent tout particulièrement d'offres de prise en charge mobile/de proximité (c.-à-d. personnes atteintes de maladies psychiatriques graves et/au faible niveau de capacité, personnes soumises à des sollicitations psychosociales multiples, etc.), l'accès simple aux professionnels responsables est d'une importance cruciale. Pour les prestataires, cela signifie qu'ils doivent être **flexibles dans leurs horaires de travail et aisément joignables** (téléphone, SMS ou e-mail), mais qu'ils doivent aussi pouvoir se rendre auprès de leurs patient-e-s dans un délai utile. Ils y parviennent généralement bien dans les régions urbaines et les agglomérations. Par contre, dans les régions rurales, les longs trajets à accomplir ne sont pas l'unique obstacle; les déplacements non rétribués ont ici un impact plus conséquent. La flexibilité au niveau des horaires de travail est associée à une charge de travail irrégulière; ces prestations de réserve ne sont toutefois pas remboursées.

Le traitement de proximité convient très bien à la mise en œuvre d'un traitement et d'un accompagnement **centrés sur les patient-e-s** et adaptés aux besoins dans le cadre desquels les patient-e-s peuvent agir en tant que décideurs. L'**environnement social** et les proches sont par expérience plus impliqués que lors de traitements stationnaires ou purement ambulatoires – souvent sans charges supplémentaires car on rencontre les patient-e-s «en passant» à leur domicile. Précisément pour les proches, le fait d'avoir un-e interlocuteur/trice constant-e au sein des services mobiles peut être parfois un grand soulagement. Par ailleurs, selon les expert-e-s, les hospitalisations entraînent quelquefois un surmenage des proches qui ne parviennent alors plus à maîtriser la situation. De ce fait, ils sont qualifiés de «deuxième groupe cible» des services mobiles. Par conséquent, lors de la composition des équipes mobiles et du développement des structures de prise en charge psychiatrique, il convient de veiller à intégrer de manière cohérente tant les pairs (également: accompagnateurs/trices de guérison) que les proches.

6.2.2 Effets attendus et observés des services mobiles

Réduire ou éviter des séjours stationnaires

Il ressort du niveau actuel de la recherche qu'en Suisse également, il est possible de réduire les jours de traitements stationnaires grâce à des équipes de soins aigus et de crise à des coûts tendancielle-

ment plus modérés.²⁴ La prise en charge et l'accompagnement de patient-e-s sous forme de soins psychiatriques de proximité sont nettement moins coûteux que les équipes interdisciplinaires mobiles. Par des contacts réguliers avec les patient-e-s, des crises peuvent être détectées à un stade précoce et des mesures adaptées peuvent être initialisées pour éviter d'éventuels séjours en clinique. Le fait de réduire ou d'éviter des hospitalisations – en particulier un placement à des fins d'assistance – n'a pas uniquement des effets positifs sur la qualité de vie des patient-e-s; cela permet également de réduire les coûts, les séjours stationnaires étant généralement très onéreux. Il convient toutefois de souligner que des traitements stationnaires sont recommandés dans certains cas et que les traitements à domicile et autres formes de traitement de proximité ne conviennent pas à tous les patient-e-s. **L'équilibre adéquat entre les traitements stationnaires, intermédiaires et ambulatoires** n'est toutefois pas simple à trouver. Dans certains cantons, la fermeture de divisions stationnaires a ouvert la voie à la création d'une unité mobile de traitement; les assureurs sont eux aussi en partie favorables à un développement des offres mobiles de traitement uniquement à la condition que des capacités de traitement stationnaire soient réduites. Parallèlement à l'économie de coûts de traitement stationnaire, la suppression de frais d'infrastructure contribue avant tout au bilan financier positif des équipes mobiles (cf. Kraan, 2016).

Réussite du traitement et stabilité

L'amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction des patient-e-s est une prestation spécifique des formes de traitements psychiatriques de proximité. Ce qui est la norme dans le domaine des soins aux personnes âgées, à savoir maintenir les personnes nécessitant des soins aussi longtemps que possible à la maison, devient possible pour les patient-e-s atteints de troubles psychiques grâce aux équipes mobiles. Dans le cas idéal, il devient possible d'obtenir la confiance de personnes qui se sont détournées du système de prise en charge suite à des expériences négatives et à des tentatives avortées de traitement du système de santé. Le sondage auprès des prestataires montre que les services mobiles permettent d'atteindre des groupes de patients qui présentent un risque accru de prise en charge insuffisante et de désintégration, à savoir des personnes au niveau de capacité fortement limité, soumises à des charges multiples (maladies, addiction, risques psychosociaux), qui présentent des comorbidités (psychiques et/ou somatiques) ainsi que des personnes souffrant de maladies difficiles à traiter (p. ex. troubles de la personnalité ou du comportement, troubles schizophrènes).

Les services mobiles sont toutefois aussi confrontés à des problèmes qui se situent dans la nature des maladies et les problématiques psychosociales existantes: refus du traitement, absence d'un respect fiable des rendez-vous, etc. Ils existent toutefois également dans d'autres formes d'offres. Dans ce contexte, différents prestataires des services mobiles misent sur un accompagnement conçu sur le long terme qui, dès le départ, tient résolument compte de la gestion des rechutes et crises et évolue en collaboration avec les personnes concernées. L'objectif de tels programmes est par ailleurs spécifiquement orienté vers «l'autonomisation» des personnes concernées, à savoir leur aptitude à assumer un rôle actif dans la conception de leur vie. Tous les services psychiatriques mobiles ne travaillent pas selon ce principe; toutefois, ils ont tous pour but commun de stabiliser les personnes concernées, de contribuer à la détection précoce et à l'atténuation de (nouvelles) crises et d'éviter le risque de suicide.

Une meilleure qualité de vie

La participation au processus de décision et de conception du traitement des patient-e-s est plus aisément réalisable dans l'environnement personnel que dans un environnement institutionnel. Le fait

²⁴ Comme mentionné, des études d'accompagnement supplémentaires sont nécessaires à cet effet.

de réduire ou d'éviter des séjours stationnaires répond à un besoin d'un grand nombre de patient-e-s; les placements décrétés par l'assistance sociale et les mesures forcées sont notamment des expériences traumatisantes. Les expériences montrent que le fait de stabiliser les personnes concernées et d'éviter des hospitalisations soulage amplement également les proches. Si besoin est, des psychologues ou d'autres membres de l'équipe mobile de traitement proposent également des entretiens avec des proches afin de leur apporter un soutien ciblé. Certes, dans certains cas, des séjours stationnaires sont recommandés et constituent la bonne démarche, tant pour les patient-e-s que pour leurs proches. Moins les personnes concernées doivent quitter leur environnement quotidien pour des séjours en clinique (qui pourraient être en fait évités), plus ils ont de chance de trouver un emploi ou de suivre une formation et de s'intégrer dans la société. Le but qui consiste à orienter le traitement et la prise en charge vers la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes concernées fait souvent partie du principe fondamental des services psychiatriques mobiles. Le fait que des buts tant curatifs que préventifs soient visés correspond aux principes de la prévention dans le domaine des soins, principes qui sont ancrés dans la Stratégie nationale contre les maladies non transmissibles (Stratégie MNT, champ d'action 2 – OFSP & CDS, 2016).

6.2.3 Conclusions

La présente étude fait clairement apparaître qu'il existe déjà en Suisse une grande variété de formes d'offres psychiatriques mobiles, mais que la disponibilité de ces offres de prise en charge diffère amplement selon le canton. Le bilan non représentatif dressé auprès des cantons et des prestataires ainsi que l'échange qui a eu lieu dans le cadre de l'atelier du 27.11.2017 ont attiré l'attention sur de nombreux facteurs essentiels à la réussite et à l'ancrage durable des services psychiatriques mobiles. Le présent rapport du projet définit de multiples défis ainsi que des pistes qui pourraient être suivies afin de promouvoir les services mobiles et leur intégration dans le système de prise en charge. Tous les acteurs, de la Confédération aux fournisseurs de prestations en passant par les cantons et les assureurs sont sollicités.

En tant pièce complémentaire du puzzle, les services psychiatriques mobiles peuvent contribuer à combler des lacunes dans le domaine des soins et améliorer la qualité du traitement dans le sens d'une prise en charge intégrée et centrée sur le patient. Le développement ultérieur devrait tenir compte des différents types d'offres (à savoir tant de celles proposées par des infirmières et infirmiers que celles des hôpitaux et établissements psychiatriques) qui peuvent respectivement remplir leur fonction spécifique au sein du système de santé.

Le niveau actuel de la recherche et les expériences réunies en Suisse font référence à l'utilité des services mobiles pour les personnes concernées et la santé publique en général. Toutefois la base de l'évidence sur laquelle repose l'évaluation des offres est globalement encore relativement faible. Des études scientifiques supplémentaires sur les résultats des traitements ainsi que les analyses médico-économiques seraient souhaitables. Il conviendrait par ailleurs d'élaborer des données structurelles et/ou d'adapter sous forme correspondante les sondages²⁵ déjà réalisés afin d'obtenir des bases de discussion plus approfondies sur la planification, l'ancrage, la régulation et le financement de structures de soins du domaine de la psychiatrie.

²⁵ Notons par exemple que les statistiques des services d'aide et de soins à domicile/Spitex ne font pas la différence entre les services d'aide et de soins à domicile/Spitex psychiatriques et les services d'aide et de soins à domicile/Spitex «ordinaires».

7 Bibliographie

- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG und GDK (Hrsg.) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*, Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- DGGPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin
- Hepp, U. & Stulz, N. (2017). «Home treatment» für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen, *Der Nervenarzt*, 88, doi: 10.1007/s00115-017-0355-6
- Jäggi, J., Künzi, K., de Wijn, N., & Stocker, D. (2017). *Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kraan, K. (2016). *Gemeindeintegrierte Akutbehandlung – Stadt und Land. Intensive Hometreatment im Kanton Luzern* [Präsentation vom 12. Oktober 2016]. Online-Abruf 14.06.2017
http://www.forum-psychiatrie.ch/_downloads/zentral/K986-20161012-Gemeindeintegrierte-Akutbehandlung-Stadt-und-Land.pdf
- Murphy, S.M., Irving, C.B., Adams, C.E., & Wagar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses, *Cochrane Database Syst rev*, 12, doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5
- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management* (National Clinical Guideline 178, updated edition 2014).
- Spitex Verband Schweiz (2012). *Pflegefinanzierung in den Kantonen – Ambulante Pflege*. Stand Mai 2012.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stulz, N., Kawohl, W., Maeck, L., Wyder, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., grosse Holforth, M., Schnyder, U., & Hepp, U. (2017). *Home Treatment für die psychiatrische Akutbehandlung: Eine randomisierte kontrollierte Studie* [Präsentation am 2. Symposium Kompetenzzentrum Psychische Gesundheit, Zürich, 26. Januar 2017].
- von Stockar, T., Vettori, A., Gschwend, E., & Boos, L. (2016). *Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Annexe

7.1 Programme journée services psychiatriques mobiles

Journée „Critères de réussite pour les services psychiatriques mobiles“ – Programme

27 novembre 2017; Office fédéral de la santé publique, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne

10:00 – 10:15	Allocution de bienvenue <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Lea Meier, Projektleiterin Psychische Gesundheit BAG ▪ Diana Müller, Projektleiterin Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
10:15 – 10:45 Exposé plénum	Services mobiles en Suisse : résultats d'une enquête auprès des cantons et des prestataires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Désirée Stocker, Bereichsleiterin Psychische Gesundheit, Büro BASS
10:45 – 11:15 Exposé plénum	Le point sur la recherche en Suisse et au niveau international <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Urs Hepp, Ärztlicher Direktor Integrierte Psychiatrie Winterthur
11:30 – 12:30 Ateliers parallèles 1	1a : Possibilités et limites des cantons pour la mise en place et le développement de services psychiatriques mobiles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marita Verballi, Abteilungsleiterin Versorgungsplanung, Kanton Zürich ▪ Catherine Hoenger, Responsable Soins Palliatifs et Santé Mentale, Service de la Santé Publique, Ct. de Vaud ▪ Paula Berni, Gesundheitsamt, Fachstelle Spitex, Kanton Graubünden 1b : Formes et possibilités de financement des services psychiatriques mobiles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thomas Frauchiger, Leiter Leistungseinkauf Ost, tarifsuisse AG ▪ Markus Merz, CEO Psychiatrie St. Gallen Nord ▪ Dr. Roland Gasser, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Spitalamt 1c : Travail en réseau et interdisciplinarité : deux clés du succès des services mobiles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. med. Kerstin Gabriel Felleiter, Chefärztin Ambulante Dienste, Luzerner Psychiatrie ▪ Dr. med. David Briner, Chefarzt Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich & PD Dr. med. Matthias Jäger, Leiter Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich ▪ Gérard Villarejo, Co-Fondateur de PSYDOM, Cantons de Fribourg, Neuchâtel, Jura
13:30 – 14:15 Ateliers parallèles 2	2a : Spécificités des services mobiles en pédopsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. med. Bruno Rhiner, Chefarzt Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Thurgau ▪ Regula Buder, Stv. Geschäftsleitung und Qualitätsverantwortliche, Kinderspitex Nordwestschweiz 2b : Groupes cibles présentant des troubles complexes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Yasser Khazaal, Médecin adjoint agrégé, Hôpitaux Universitaires Genève ▪ Christine Frötscher, Betriebsleitung Psychiatrischer Dienst Spital Emmental 2c : Spécificités des services mobiles en gérontopsychiatrie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Stefan Klöppel, Direktor Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern ▪ Sandra Keller-Fisch, Leitung Fachteam Psychiatrie, Spitex Appenzellerland
14:30 – 14:50 Exposé plénum	Programme Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques, TIPP <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Philippe Conus, Chef de Service Psychiatrie générale, Adjoint au chef du Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
14:50 – 15:10 Exposé plénum	Mise en place de services mobiles : le point de vue des praticiens <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regula Lüthi, Direktorin Pflege, Medizinisch-Therapeutische Dienste und Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
15:10 – 15:40	Débat d'experts - services psychiatriques mobiles : présent et avenir <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thomas von Allmen, Leiter Abteilung Spitalversorgung, Gesundheitsdepartement, Kanton Basel-Stadt ▪ Dre Isabelle Gothuey, Médecin directrice, Secteur de psychiatrie et psychothérapie pour adultes, Réseau fribourgeois de santé mentale RFSM ▪ Dr. Salome von Greyerz, Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien BAG
15:40 – 15:45	Conclusion*