



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Données sur les soins des personnes atteintes de maladie psychique en Suisse

Document de travail 4

Isabelle Sturny, Sacha Cerboni, Stephan Christen, Peter C. Meyer

Observatoire suisse de la santé

Neuchâtel, août 2004

Table des matières

Résumé	4
1 Introduction	7
2 Offre dans le domaine psychiatrique ambulatoire	9
3 Coûts dans le domaine psychiatrique selon le pool de données de santésuisse	13
3.1 Aspects méthodologiques.....	13
3.1.1 Brève présentation du pool de données.....	13
3.1.2 Définitions	15
3.2 Résultats	16
3.2.1 Coûts selon les fournisseurs de prestations dans le domaine de la psychiatrie ..	16
3.2.2 Coûts des services psychiatriques des différents hôpitaux.....	20
3.2.3 Coûts par personne malade dans le domaine psychiatrique	22
3.2.4 Comparaison des coûts des soins psychiatriques entre les cantons	23
3.2.5 Comparaison des coûts de la psychiatrie et de la médecine générale, selon l'âge des assurés	27
4 Statistique médicale des hôpitaux.....	30
4.1 A propos des publications des données de la statistique médicale.....	30
4.1.1 Les publications «ActualitéSFS» de l'Office fédéral de la statistique.....	31
4.1.2 Le document de travail 1/03 de l'Observatoire suisse de la santé.....	32
4.2 Quelques indications concernant les cas d'hospitalisation psychiatrique.....	34
4.2.1 Distribution par lieu d'hospitalisation.....	35
4.2.2 Distribution par sexe et âge	37
4.2.3 La durée de séjour	40
4.2.4 Un aperçu de la distribution selon les codes de la CIM-10.....	41
4.3 Admissions forcées	43
5 Enquête suisse sur la santé	46
6 Fréquence des diagnostics de troubles psychiques selon l'Index suisse des diagnostics (SDI).....	51
7 Vue d'ensemble récapitulative.....	56
8 Bibliographie	58

Résumé

La rapidité des mutations de la société moderne atteint de plus en plus l'individu dans sa santé psychique. Aussi ce thème revient-il de plus en plus fréquemment dans les discussions sur la politique de la santé. Pour le présent document de travail, nous avons étudié différentes bases de données et en avons extrait les résultats les plus intéressants sur le traitement des maladies psychiques en Suisse.

Boom de la psychiatrie et de la psychothérapie

En quelques années, la structure de l'offre en psychiatrie et en psychothérapie s'est fortement développée. L'offre en psychiatrie a beaucoup plus augmenté qu'en médecine générale. Entre 1984 et 2002, le nombre de psychothérapeutes non-médecins en particulier a explosé (en 2002, ils étaient 15,9 fois plus nombreux qu'en 1984). Mais la croissance ne s'observe pas seulement du côté de l'offre. La demande de prestations relevant de la psychiatrie et de la psychothérapie s'est aussi considérablement accrue au cours de ces dernières années. Les médecins psychiatres et les cliniques psychiatriques ont coûté respectivement 354 millions et 568 millions de francs en 2002, soit 15 % et 18 % de plus qu'en 1998. Dans les cliniques psychiatriques, la hausse des coûts des prestations intra-muros a été plus forte que celle des soins ambulatoires.

Entre 1997 et 2002, la part de la population souffrant de troubles psychiques a reculé. Dans le même temps, pourtant, les traitements pour cause de problèmes psychiques ont augmenté. En 1997, 4,1 % de la population était en traitement. Ce chiffre avait grimpé à 4,5 % en 2002. Cette hausse a eu lieu chez les femmes. Chez les hommes, la part est restée pratiquement inchangée. Le nombre de diagnostics de troubles psychiques a également progressé entre 1999 et 2002, de 26 % exactement.

Importantes disparités cantonales dans le domaine des soins psychiatriques

Il existe en Suisse de très grandes disparités cantonales en matière d'assistance psychiatrique. Les cantons urbains, tels que Zurich, Bâle et Genève, comptent par exemple le plus grand nombre de médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie. Dans les cantons de Suisse centrale ainsi que dans les deux Appenzell, par contre, les psychiatres sont relativement peu nombreux. Les différences entre les cantons sont encore plus marquées dans le domaine intra-muros □ aucun des cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Glaris, Nidwald, Obwald, Schwytz et Uri ne possède une clinique psychiatrique. Les habitants de ces cantons sont obligés de se faire soigner dans d'autres cliniques ou dans d'autres cantons. Ailleurs, la majorité des patients suivent leur traitement dans leur canton de domicile.

Des disparités cantonales apparaissent également au niveau de la durée des séjours en clinique psychiatrique. Sur l'ensemble de la Suisse, la moitié de tous les patients sont hospitalisés entre 1 et 23 jours, l'autre moitié parfois beaucoup plus longtemps: 21% plus de 60 jours, 82 jours en moyenne arithmétique, 4 % plus de six mois et 2 % plus d'une année. C'est au niveau de la

durée des traitements que les différences entre cantons et cliniques sont les plus nettes. Dans les cliniques des cantons de Bâle-Ville, du Jura et du Tessin, les traitements frappent par leur brièveté: moins de 1 % durent plus de six mois. A l'inverse, les cliniques de Neuchâtel, de Thurgovie et de Zurich comptent de nombreux patients à long terme. Dans ces trois cantons, 3 % de tous les traitements durent plus d'un an.

Des différences sensibles entre cantons s'observent également en ce qui concerne les admissions forcées en cliniques psychiatriques. En moyenne suisse, la part des admissions forcées s'élève à 29 %. C'est au Tessin, en Valais et à Obwald qu'elle est la plus faible (moins de 12 %), tandis que Zurich, Berne et Genève enregistrent les taux les plus forts, variant entre 33 % et 51 %.

Carences en soins chez les hommes et les personnes âgées

Les coûts les plus élevés dans la psychiatrie ambulatoire apparaissent pendant la période de la vie active. Les coûts par assuré augmentent fortement à partir de la vingtième année, culminent dans le groupe des 41-45 ans avant de chuter à nouveau jusqu'à la 65e année. Dans les cliniques psychiatriques, les coûts pendant la vie active sont aussi élevés mais, à la différence des coûts dans la psychiatrie ambulatoire, leur progression reprend chez les plus âgés. Dans le domaine psychiatrique, les personnes âgées ont ainsi plutôt tendance à recourir à des prestations de cliniques psychiatriques qu'à celles de psychiatres. Les données disponibles ne permettent pas de savoir si les personnes âgées prennent elles-mêmes cette décision. Il est probable que les psychiatres comptent peu de patients âgés, et encore moins de patients souffrant de maladies neurodégénératives. Il se peut que les psychiatres établis ne possèdent pas les compétences nécessaires. Il ne faut toutefois pas en déduire que les personnes âgées atteintes dans leur santé mentale doivent toutes être soignées en hôpital. Il est important de le souligner sachant que le nombre de personnes âgées nécessitant des soins va augmenter (Höpflinger et Hugentobler, 2003). Dans les cliniques psychiatriques, il faut s'attendre à ce que la pression dans ce segment de soins s'accroisse. Les conséquences de cette évolution sur les soins psychiatriques ambulatoires prodigués aux personnes très âgées n'ont guère été étudiées jusqu'à présent. A notre avis, dans ce domaine aussi, il faudrait songer à effectuer davantage de psychothérapies sociales et communautaires. A ce sujet, nous renvoyons le lecteur aux études de Finzen et Hoffmann-Richter (1995), Trojan et Waller (1980) et Strotzka (1973).

Le taux d'admission en clinique psychiatrique est, chez les hommes, plus élevé entre 20 et 40 ans ainsi qu'à partir de 80 ans. Les femmes sont plus nombreuses à se faire hospitaliser entre 40 et 80 ans. Les hommes souffrent davantage de problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Chez les femmes, les épisodes dépressifs, les troubles névrotiques / troubles liés à des facteurs de stress et les troubles de la personnalité sont plus fréquents. Les différences les plus marquées entre les sexes apparaissent chez les plus de 65 ans.

Les données du présent rapport ne permettent que très partiellement de répondre à la question de savoir si la prise en charge en psychiatrie ou en psychothérapie est excessive ou insuffisante. Pour cela, il faudrait notamment disposer de données épidémiologiques absolument fiables et recueillies scrupuleusement. De telles données représentatives n'existent pas en Suisse (voir

Ajdacic-Gross et Graf, 2003). L'Enquête suisse sur la santé contient néanmoins des données, imprécises toutefois, sur la morbidité psychique et le traitement de celle-ci. Sur la base des résultats, extrêmement intéressants, de cette source de données (comparaisons chronologiques, entre les âges et entre les sexes) et les résultats concordants du pool de données de santé suisse, il est possible d'affirmer que les carences en soins ambulatoires dans le domaine psychiatrique / psychothérapeutique touchent davantage les jeunes et les personnes âgées, de sexe masculin surtout (voir chapitre 5 et Camenzind et Meier, 2004).

1 Introduction

La rapidité des mutations de la société moderne atteint de plus en plus l'individu dans sa santé psychique. Aussi ce thème revient-il de plus en plus fréquemment dans les discussions sur la politique de la santé. L'Observatoire suisse de la santé a fait de la santé psychique l'un de ses thèmes prioritaires. A ce jour, plusieurs études sur cette question ont été publiées, à savoir: «Description des données fondamentales relatives aux admissions en établissements psychiatriques en Suisse de 1998 à 2000» (Christen et Christen, 2003), «Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique» (Ajdacic-Gross et Graf, 2003) et le rapport de monitoring «La santé psychique en Suisse» (Rüesch et Manzoni, 2003).

Le présent document de travail est destiné à donner une vue d'ensemble de différentes données sur le traitement des maladies psychiques en Suisse. Il présente des résultats intéressants extraits de diverses sources de données et établit un trait d'union avec des publications déjà existantes. Le but n'est donc pas de répéter simplement des résultats qui ont déjà été publiés (auxquels nous nous contentons de renvoyer le lecteur), mais de présenter des données nouvelles, intéressantes et encore peu connues dans le domaine surtout de la psychiatrie. L'accent sera mis sur le pool de données de santéSuisse, dont les chiffres n'ont encore jamais été analysés sous l'angle de la psychiatrie.

Le présent rapport s'adresse à des professionnels qui travaillent avec des données statistiques et qui veulent utiliser ces informations comme pistes pour approfondir de nouvelles questions. Il n'est donc pas destiné à un large public. Le texte est structuré par thème et par base de données. Le rapport est également conçu comme une base à la stratégie «Santé psychique» de la Politique nationale de la santé (PNS, 2004).

Les sources de données utilisées dans le présent document de travail n'ont pas la prétention d'être exhaustives. Un tel objectif dépasserait en effet le cadre de la présente étude. Nous avons renoncé en particulier à entreprendre des examens par groupes (enfants, adolescents, personnes âgées, migrants, etc.), par domaines (soins à long terme, réadaptation, autres recoupements avec le système social, par exemple établissements médico-sociaux, assurance-invalidité AI) ou par groupes de maladies (toxicomanie, démences, symptômes psychiatriques accompagnant des maladies somatiques comme le SIDA). Le rapport ne contient non plus aucune analyse sur des questions ou des problèmes particuliers. Nous n'avons pas cherché systématiquement à trouver des explications, mais nous sommes fixés pour exiger de décrire soigneusement les données. Chaque étude suppose une analyse approfondie de connaissances spécifiques (par ex. analyse de la bibliographie) et nécessiterait par conséquent une présentation soignée, ce qui dépasserait le cadre du présent document. Une publication sur le thème de la santé psychique (Rüesch et Manzoni, 2003) et une analyse détaillée sur l'épidémiologie psychiatrique (Ajdacic-Gross et Graf, 2003) sont déjà parues aux éditions de l'Observatoire de la santé. Une analyse détaillée comparative entre cantons sur les admissions forcées dans les cliniques psychiatriques est en préparation (Christen et Christen, à paraître en automne / hiver 2004/05).

Quand certains résultats étaient particulièrement frappants (par exemple résultats de l'Enquête suisse de la santé et du pool de données sur les soins psychiatriques / psychothérapeutiques des personnes âgées et des jeunes), nous en avons tiré des conclusions analytiques. Mais il était exclu de tirer systématiquement des conclusions dans le cadre du présent travail. De fait, le présent document de travail soulève plus de questions qu'il donne de réponses.

Dans les différents chapitres, nous nous sommes appuyés sur des données cantonales. Celles-ci ont l'avantage de refléter d'une part la structure de l'offre psychiatrique cantonale et, d'autre part, de renseigner sur les structures de soins régionales et intercantionales. L'importance des données cantonales tient aussi au fait que les soins psychiatriques relèvent de la responsabilité des cantons et qu'il appartient à ceux-ci de veiller à qu'il y ait une organisation des structures adéquate.

Dans une première section, nous examinerons d'un peu plus près les données des différentes associations professionnelles. Les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (aos) dans le domaine psychiatrique seront analysés dans une deuxième étape à l'aide du pool de données de santé suisse. Le chapitre 4 s'intéresse à la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Une première partie renverra à des tableaux et à des graphiques déjà publiés, tandis qu'une seconde présentera de nouvelles analyses. Le chapitre 5 est consacré aux données de l'Enquête suisse de la santé dans le domaine de la santé psychique. Les diagnostics de troubles mentaux établis dans les cabinets médicaux et relevés dans l'Index suisse des diagnostics (SDI) font l'objet du chapitre 6. Une vue d'ensemble récapitulative est publiée au chapitre 7.

La première version du présent document de travail a été soumise pour examen aux experts suivants au cours d'une procédure de review:

- Christoph Abderhalden, Universitäre psychiatrische Dienste (UPD) Berne
- Dr. med. Gerhard Ebner, Psychiatrische Dienste Schaffhouse
- Prof. Dr. med. Wilhelm Felder, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Berne
- Dr François Ferrero, Hôpitaux universitaires de Genève
- Dr. med. Urs Fromm, Psychiatrische Dienste Argovie
- Dr Maryvonne Gognalons-Nicolet, Dr Eric Zbinden et Prof. Gilles Bertschy, Hôpitaux universitaires de Genève
- Prof. Dr. Daniel Hell, Psychiatrische Universitätsklinik Zurich
- Dr Hans Kurt, Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie SSP
- Philippe Lehmann, Office fédéral de la santé publique, section Politique nationale de la santé
- Dr. Regula Ricka, Office fédéral de la santé publique, section Politique nationale de la santé
- Raymond Rossel, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
- Prof. Dr. Wulf Rössler, Psychiatrische Universitätsklinik Zurich

Nous tenons à remercier vivement ces experts de leur précieuse contribution. La responsabilité de la présente version est cependant assumée par les auteurs du rapport, notamment parce qu'il n'a pas été possible de tenir compte de toutes les propositions de modifications.

2 Offre dans le domaine psychiatrique ambulatoire

Le nombre de psychiatres établis a constamment augmenté au cours de ces dernières années. Le nombre de psychiatres par habitant est nettement plus élevé en Suisse qu'en Allemagne, en Autriche ou encore en France. En 2002, la Suisse comptait 2,7 fois plus de psychiatres en exercice qu'en 1984 (voir tableau 1).

Tableau 1: Nombre de médecins et de psychothérapeutes en Suisse. Entre parenthèses: indice, base 1984 = 100

	Psychothérapeutes non-médecins ASP + FSP		Médecins psychiatres / psychothérapeutes FMH en pratique privée		Médecins généralistes FMH en pratique privée		Tous les médecins (membres FMH) en pratique privée	
		(indice)		(indice)		(indice)		(indice)
1984	155	(100)	568	(100)	1'771	(100)	8'822	(100)
1990	833	(537)	854	(150)	2'225	(126)	10'569	(120)
1995	1'627	(1050)	1'148	(202)	2'394	(135)	12'508	(142)
2000	2'301	(1485)	1'385	(244)	2'573	(145)	13'935	(158)
2002	2'461	(1588)	1'516	(267)	2'973	(168)	14'408	(163)

Sources: Association suisse des psychothérapeutes (ASP) et Fédération suisse des psychologues (FSP) statistiques médicale FMH 2002

Durant la même période, le nombre de praticiens en médecine générale (+ 68 %) et l'effectif total des médecins en pratique privée (+ 63 %) ont progressé à un rythme beaucoup plus lent. En revanche, le nombre de psychothérapeutes non-médecins a explosé (en 2002, ils étaient 15,9 fois plus nombreux qu'en 1984). Les chiffres sur les psychothérapeutes non-médecins dans le tableau 1 sont cependant quelque peu trompeurs, dans la mesure où ils se fondent sur les seules statistiques disponibles, à savoir le nombre de membres des associations professionnelles de psychologues, qui sont très récentes en comparaison de celles des médecins. La majeure partie des psychothérapeutes qui en font partie n'est véritablement organisée à l'échelle nationale que depuis le milieu des années nonante.

Les cabinets de psychothérapie sont répartis de manière extrêmement inégale sur le territoire suisse. En 2002, 41 % des psychothérapeutes non-médecins et 25 % des médecins psychiatres exerçaient leur profession dans le seul canton de Zurich, qui représente 17 % de la population suisse. Uri, Unterwald, Glaris et Appenzell Rhodes-Intérieures ne comptaient que quelques psychothérapeutes, médecins et non-médecins épars. Le nombre de cabinets médicaux par canton dans les domaines de la psychiatrie, de la psychothérapie, de la pédopsychiatrie ou de la pédopsychothérapie figure dans le tableau 2. Le nombre de médecins pour mille habitants dans les deux spécialisations est aussi indiqué. La statistique médicale FMH se base sur le registre officiel des porteurs d'un titre de formation reconnu, fédéral ou étranger. Il convient de faire remarquer qu'elle comporte certaines imprécisions, dans la mesure où des médecins sans spécialisation prennent également en charge des patients. La statistique n'englobe pas non plus les personnes qui travaillent à temps partiel, ni les médecins psychiatres en formation.

Appenzell Rhodes-Intérieures et Uri ne comptent aucun psychiatre ou pédopsychiatre. C'est à Bâle-Ville et à Genève que la densité médicale dans le domaine psychiatrique est la plus élevée.

Les psychiatres sont également nombreux dans les cantons de Vaud et de Zurich, alors que la Suisse centrale et Appenzell Rhodes-Intérieures comptent le moins grand nombre de médecins psychiatres. L'objectif de la présente étude est uniquement de décrire l'offre dans les différents cantons, et non de la juger. Des traitements en dehors du canton ne sauraient être considérés a priori comme l'expression d'une offre insuffisante.

Tableau 2: Nombre de cabinets médicaux par canton spécialisés dans la psychiatrie / psychothérapie ou dans la pédopsychiatrie / pédopsychothérapie, en 2002

	Nombre de médecins		Nombre de médecins pour 1000 habitants	
	Psychiatrie et psychothérapie	Pédopsychiatrie et pédopsychothérapie	Psychiatrie et psychothérapie	Pédopsychiatrie et pédopsychothérapie
AG	56	10	0.10	0.02
AI	0	0	0.00	0.00
AR	5	0	0.09	0.00
BE	200	36	0.21	0.04
BL	62	16	0.24	0.06
BS	125	24	0.66	0.13
FR	33	5	0.14	0.02
GE	209	61	0.50	0.14
GL	2	1	0.05	0.03
GR	18	6	0.10	0.03
JU	6	4	0.09	0.06
LU	37	7	0.10	0.02
NE	26	5	0.15	0.03
NW	2	0	0.05	0.00
OW	2	0	0.06	0.00
SG	36	15	0.08	0.03
SH	14	1	0.19	0.01
SO	20	3	0.08	0.01
SZ	3	0	0.02	0.00
TG	25	3	0.11	0.01
TI	48	6	0.16	0.02
UR	0	0	0.00	0.00
VD	174	34	0.27	0.05
VS	28	5	0.10	0.02
ZG	6	1	0.06	0.01
ZH	379	74	0.30	0.06
CH	1'516	317	0.21	0.04

Source: statistique médicale FMH 2002

A différents égards, l'activité psychothérapeutique des psychologues n'est actuellement pas réglementée ni reconnue officiellement. Les titres de «psychologue» et de «psychothérapeute» ne sont pas protégés. Quelques cantons seulement délivrent une autorisation de pratiquer, et une imputation à la charge de l'assurance de base obligatoire n'est possible que dans le cas des «psychothérapies dites déléguées».

Les médecins en pratique privée peuvent envoyer des patients chez des psychologues et d'autres psychothérapeutes non-médecins qu'ils emploient pour le traitement des troubles psychiques. La psychothérapie déléguée doit avoir lieu dans les locaux du médecin qui délègue et qui établit le décompte à l'intention des caisses-maladie. La psychothérapie pratiquée à titre indépendant par

des non-médecins est aujourd'hui financée par les assurances complémentaires ainsi que par les patients qui supportent eux-mêmes les coûts des consultations. Sur la base des informations des associations professionnelles, santésuisse, l'organisation des assurances-maladie en Suisse, a établi une liste de 2 721 psychothérapeutes non-médecins habilités à recevoir des prestations des assurances complémentaires. La liste comprend les thérapeutes qui remplissent les trois critères de formation et de formation continue de trois associations reconnues. Le tableau 3 présente le nombre de ces psychothérapeutes non-médecins en fonction des critères d'exigence.

Tableau 3: Nombre de psychothérapeutes non-médecins dans le domaine de l'assurance complémentaire, selon les critères d'exigence

Nombre	Critères d'exigence
1'234	remplissent les critères de formation et de perfectionnement de la FSP
922	remplissent les critères de formation et de perfectionnement de l'ASP
56	remplissent les critères de formation et de perfectionnement de l'ASPA
161	remplissent les critères de formation et de perfectionnement de la FSP et de l'ASP
12	remplissent les critères de formation et de perfectionnement de la FSP et de l'ASPA
22	remplissent les critères de formation et de perfectionnement de l'ASP et de l'ASPA
13	remplissent les critères de formation et de perfectionnement des trois associations
301	- ont déjà figuré sur la liste - se sont retirés de la FSP, de l'ASP ou de l'ASP - sont membres extraordinaires de la FSP, de l'ASP ou de l'ASPA

Source: santésuisse, état mars 2003

FSP: Fédération suisse des psychologues

ASP: Association suisse des psychothérapeutes

ASPA: Association suisse de psychologie appliquée

Les coûts et l'utilité de la psychothérapie en Suisse font l'objet de chiffres et d'estimations les plus divers. En effet, les différentes associations professionnelles concernées et les différents payeurs directs ne possèdent aucune statistique complète. Les estimations les plus fiables et les plus fondées scientifiquement proviennent de l'étude de Beeler et al. (2003). Dans cette étude, les résultats des enquêtes téléphoniques ont été extrapolés à l'échelle de la Suisse. Les enquêtes ont été menées auprès d'un échantillon de 670 psychothérapeutes tiré au hasard à partir des données disponibles des registres et stratifié par catégories professionnelles.

En 2000, le coût total de la psychothérapie ambulatoire en Suisse s'est établi à 579 millions de francs. De ce montant, 396 millions (soit 68 % de la totalité des coûts selon Beeler et al., 2003) ont été supportés par les caisses-maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. 40 % des patients ont suivi leur psychothérapie chez un psychiatre, 24 % chez un médecin de famille (médecins de premier recours), 25 % chez un psychothérapeute non-médecin titulaire d'un diplôme universitaire en psychologie et 11 % chez un autre psychothérapeute non-médecin. Si la psychothérapie pratiquée à titre indépendant par des thérapeutes non-médecins titulaires d'un diplôme universitaire en psychologie avait été prise en charge dans le cadre de l'assurance de base, il en aurait coûté 162 millions de francs de plus aux caisses-maladie (Beeler et al., 2003).

Dans une publication de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les coûts de la psychothérapie en 2000 en Suisse ont été chiffrés à 149 millions de francs, soit un quart seulement du montant estimé dans l'étude de Beeler et al. (2003). Cette différence s'explique par le fait que l'étude de

l'OFS a pris en compte uniquement la psychothérapie exercée à titre indépendant par des non-médecins (Rossel, 2002, p. 46).

3 Coûts dans le domaine psychiatrique selon le pool de données de santésuisse

3.1 Aspects méthodologiques

Les coûts dans le domaine psychiatrique seront examinés en détail dans les chapitres suivants à partir du pool de données de santésuisse. Avant de nous pencher sur les résultats, nous nous proposons de présenter brièvement le pool de données de santésuisse et de définir les différentes catégories.

3.1.1 Brève présentation du pool de données

Depuis 2001, les assureurs-maladie de Suisse disposent, avec le pool de données de santésuisse, d'une base statistique uniforme. Le pool de données offre pour la première fois une présentation détaillée de l'évolution des coûts de la santé en Suisse. Les chiffres peuvent être consultés jusqu'en 1997.

Le pool de données recense toutes les factures relevant de l'assurance obligatoire des soins (aos) saisies par les assureurs-maladie participant au système. La participation aux coûts des assurés (franchise, quote-part et participation aux frais de séjour hospitalier) est aussi incluse. Le pool ne contient cependant que les prestations que les assurés transmettent à leur assurance-maladie ou que les fournisseurs de prestations facturent directement. Les factures qui sont payées par les assurés eux-mêmes (par exemple en raison d'une franchise élevée) et les prestations qui ne sont pas prises en charge par les assurances dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ne figurent pas dans le pool de données. On n'y trouve non plus aucun chiffre sur les subventions publiques (par exemple financement des hôpitaux).

Le pool de données repose sur une base volontaire. Actuellement, 82 assureurs, représentant plus de 94 % des assurés en Suisse, alimentent le pool de données. Les statistiques officielles de santésuisse sont calculées sur une base de 100 % à partir de l'effectif des assurés de l'Institution commune LAMAL déterminant pour la compensation des risques.¹ Pour la présente étude, les coûts en chiffres absolus ont également été extrapolés sur la base du taux de couverture correspondant par rapport à la compensation des risques.

Le pool de données de santésuisse est subdivisé en trois domaines de statistiques correspondant aux trois principaux buts d'utilisation:

Factureurs: Ce domaine considère les fournisseurs de prestations (médecins, pharmaciens, hôpitaux, etc.). Les coûts sont examinés sous l'angle du canton-siège du fournisseur de

¹ Le système de compensation des risques ancré dans la LAMAL vise à parer l'inégalité entre les assureurs-maladie qui accumulent les «mauvais risques» (assurés dont les coûts sont supérieurs à la moyenne) et ceux qui présentent en grande partie de «bons risques» (assurés plutôt jeunes et personnes de sexe masculin avec des coûts inférieurs à la moyenne). Cette compensation doit empêcher que la concurrence entre les assureurs et les différentes formes d'assurance soit entravée par une sélection des risques.

prestations (factureur). Ce domaine permet aussi d'analyser les coûts des différents fournisseurs de prestations. Il sert par conséquent avant tout à vérifier l'économicité des fournisseurs de prestations et à fournir les bases nécessaires pour les calculs dans TARMED². La version du pool de données mise à la disposition de l'Observatoire suisse de la santé ne permet toutefois aucune analyse par fournisseur de prestations.

Prestations reçues par les assurés: Les chiffres de ce domaine statistique sont rassemblés par canton de domicile des assurés. Dans ce domaine, il n'est pas possible de distinguer les fournisseurs de prestations. Ces chiffres sont essentiellement utilisés pour observer l'évolution des coûts. Ils servent également de base comparative aux assureurs-maladie pour le calcul des primes.

Résultats des assurés: Ce domaine permet d'étudier les résultats selon le groupe d'âge, le sexe, les produits d'assurance et les niveaux de franchise. Outre les prestations brutes (prestations fournies), il est possible de considérer aussi la participation aux coûts (prestations payées par les assurés) et les prestations nettes (prestations à payer par les assureurs-maladie). Les frais administratifs, les primes impayées, le montant des réserves et les provisions ne sont pas pris en compte.

Le pool de données vise avant tout à connaître et à évaluer l'évolution des coûts. C'est la raison pour laquelle il se base sur des données cumulées. L'interprétation du pool de données est par conséquent sujette à des limites, puisqu'il ne contient aucune donnée par assuré, par assureur-maladie ou par diagnostic. Il n'est ainsi pas possible d'analyser les coûts dans le domaine psychiatrique sur la base du diagnostic. Le pool permet toutefois d'analyser les fournisseurs de prestations du domaine psychiatrique et le type de prestations «Service psychiatrique dans les hôpitaux». L'analyse par fournisseurs de prestations permet de savoir quels médecins / hôpitaux ont facturé des prestations à l'assureur-maladie. L'examen par type de prestation permet de connaître le type de prestation. Dans les paragraphes suivants, les coûts dans le domaine psychiatrique seront examinés sous ces deux points de vue.

Il convient de faire remarquer qu'en ce qui concerne les données des fournisseurs de prestations, le pool de données ne correspond pas aux coûts totaux dans le domaine psychiatrique, mais aux coûts facturés par les fournisseurs de prestations dans le domaine psychiatrique. En raison des dispositions en vigueur, tous les autres médecins praticiens, même sans formation adéquate, et non pas seulement les médecins psychiatres et psychothérapeutes, ont le droit d'effectuer des psychothérapies et de facturer celles-ci aux caisses-maladie. Les prestations dans le domaine psychiatrique d'autres fournisseurs de prestations, comme les généralistes et les psychologues, ne peuvent pas être prises en compte ici, car le pool de données ne permet pas cette analyse. Il n'est pas possible non plus de connaître le type de prestation des différents fournisseurs de prestations. Il n'est ainsi pas possible de savoir si les psychiatres et les cliniques psychiatriques

² TARMED: tarif médical en vigueur au niveau suisse (est aussi utilisé pour les traitements ambulatoires en milieu hospitalier).

pris en compte n'ont fourni effectivement que des prestations psychiatriques, ou bien si les chiffres ne cachent pas encore d'autres prestations.

3.1.2 Définitions

Pour le présent document de travail, les définitions suivantes s'appliquent:

- Canton de domicile:** Canton dans lequel l'assuré a son domicile civil. Pour les travailleurs de l'étranger, les frontaliers et les émigrés, le lieu d'implantation de la société de l'employeur fait office de canton de domicile. Outre les 26 cantons, il existe deux autres catégories. La première, intitulée «Etranger», regroupe les assurés d'autres pays et la seconde, baptisée «Autres», est utilisée quand aucune autre catégorie n'est possible.
- Canton RCC:** Canton du fournisseur de prestations selon le Registre des codes-crédanciers de santé suisse.
- Fournisseurs de prestations:** Groupes des divers fournisseurs de prestations (pharmaciens, médecins, hôpitaux, etc.)
- Genres de prestations:** Dans le pool de données, les prestations sont subdivisées selon les catégories suivantes: 1. Genre de traitement (par ex. Hôpitaux soins ambulatoires, Hôpitaux soins intra-muros), 2. Service médical (par ex. chirurgie hôpital, cabinets médicaux, etc.), 3. Catégorie tarifaire (prestations individuelles, forfaits journaliers, forfaits par service et forfaits par cas), 4. Genre de coûts (prestations médicales, médicaments, forfaits par genres de coûts, etc.).
- Groupes d'âge:** Dans le pool de données, les assurés sont subdivisés selon les groupes d'âge de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ou selon la compensation des risques de l'institution commune de la LAMAL. Les tranches sont de cinq ans. Pour pouvoir distinguer les enfants et les adolescents des adultes, deux catégories d'âge supplémentaires – 16-18 ans et 19-20 ans – sont répertoriées.
- Participation aux frais:** Franchise, quote-part et participation aux frais de séjour en hôpital.
- Période d'exercice:** Moment auquel un cas est attribué financièrement. Pour les prestations, la période d'exercice correspond à la date du décompte et du traitement des prestations par l'assureur-maladie, pour les primes, à celui du mois assuré.
- Prestations de base:** Par prestations de base, il faut entendre, dans le domaine ambulatoire, la somme des consultations et des visites à domicile. Dans les hôpitaux, les prestations de base recouvrent les

consultations dans le domaine ambulatoire et les journées d'hospitalisation dans le domaine intra-muros.

Prestations brutes: Tous les coûts couverts par l'assurance obligatoire des soins (aos) et ceux annoncés par les assurés, soit le montant de la facture diminué des coûts non assurés et non obligatoires. La participation des assurés aux frais, soit la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour en hôpital, est incluse dans les prestations brutes. En raison du régime en vigueur, on peut supposer que les prestations brutes fournies sont systématiquement sous-évaluées dans le pool de données, car les assurés attendent souvent d'avoir atteint le montant de la franchise avant d'envoyer leurs factures à leur assureur. Les subventions des cantons aux hôpitaux et les prestations des assurances complémentaires ne sont pas inclus non plus dans le pool de données.

Sexe: Subdivision selon le sexe féminin, masculin ou inconnu

3.2 Résultats

3.2.1 Coûts selon les fournisseurs de prestations dans le domaine de la psychiatrie

Dans le domaine de la psychiatrie, le pool de données permet de distinguer entre les prestations des médecins psychiatres à leur compte et les prestations des cliniques psychiatriques. En 2002, les prestations dans le domaine psychiatrique à la charge de l'assurance obligatoire des soins ont totalisé 354 millions de francs dans la médecine ambulatoire et près de 568 millions de francs dans la médecine hospitalière.³ Sachant que les cabinets médicaux privés ont coûté 5,4 milliards de francs et les hôpitaux 7,5 milliards de francs aux caisses-maladie, 6,5 % des frais de médecins et 7,6 % des coûts des hôpitaux reviennent à la psychiatrie. La part du secteur de psychiatrie auprès des médecins et auprès des hôpitaux est toutefois sous-estimée. La raison est, que des groupes de médecins spécialistes autres que psychiatres et hôpitaux autres que cliniques psychiatriques fournissent également des prestations psychiatriques qui ne peuvent être analysées avec le pool de données.

Les coûts des différents fournisseurs de prestations à la charge des assurances-maladie de 1998 à 2002 sont publiés dans le tableau 4. On y voit aussi l'évolution des coûts des médecins de premier recours⁴, de ceux des hôpitaux de soins généraux et de ceux du total des cabinets médicaux respectivement des hôpitaux. Le pool de données permet aussi de comparer le

³ Il est à noter que seuls les coûts de l'assurance obligatoire des soins ont été pris en compte. Les subventions des cantons aux hôpitaux, soit environ 50% des coûts, ne peuvent pas être analysées ici.

⁴ Généralistes, internistes généraux et pédiatres

domaine psychiatrique avec d'autres disciplines médicales et d'autres types d'hôpitaux. Nous avons renoncé à entreprendre ces comparaisons dans le présent document, car ce travail aurait dépassé le cadre de la présente étude. Pour les mêmes raisons, le document ne contient non plus aucune comparaison internationale.

Tableau 4: Coûts de l'assurance obligatoire des soins (aos) dans les cabinets médicaux et les hôpitaux entre 1998 et 2002, en millions de francs

		1998	1999	2000	2001	2002	Variation annuelle moyenne en %
Médecins spécialisés en psychiatrie	Pédopsychiatrie	27	27	29	30	32	4.10
	Psychiatrie	281	287	304	316	323	3.50
	Total médecins psychiatres	308	315	333	347	354	3.55
Médecins de premier recours		2'603	2'706	2'902	3'045	3'084	4.33
Autres spécialistes		1'624	1'712	1'833	1'943	1'985	5.14
Total des prestations des cabinets médicaux		4'535	4'733	5'068	5'335	5'423	4.57
Cliniques psychiatriques	Cliniques psychiatriques universitaires	148	160	162	166	170	3.61
	Autres cliniques psychiatriques	334	347	356	376	398	4.50
	Total cliniques psychiatriques	481	506	518	541	568	4.23
Hôpitaux de soins généraux		2'929	3'066	3'269	3'406	3'521	4.71
Autres hôpitaux		3'266	3'481	3'678	3'858	3'973	5.02
Total des prestations des hôpitaux		6'195	6'547	6'947	7'263	7'494	4.88

Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Extrapolation sur la base de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques de l'institution commune LAMAL

Entre 1998 et 2002, les coûts ont augmenté aussi bien dans la psychiatrie ambulatoire que dans la psychiatrie hospitalière. Les coûts des soins en médecine générale ont cependant davantage progressé que les coûts en médecine psychiatrique.

Les montants indiqués contiennent tous les paiements de l'aos aux cabinets médicaux et aux hôpitaux. Ainsi, les prestations médicales incluent non seulement les psychothérapies, mais aussi les coûts des médicaments que les médecins délivrent dans leur cabinet. Les paiements pour les psychothérapies des médecins de famille et pour les psychothérapies déléguées par les médecins de famille figurent dans la catégorie des médecins de premier recours. En ce qui concerne les hôpitaux, les chiffres incluent non seulement les soins intra-muros, mais aussi les soins ambulatoires / semi-hospitaliers ainsi que les traitements et les médicaments. Une analyse plus détaillée des prestations fournies dans les cabinets médicaux et les hôpitaux figure dans les tableaux 5 et 6.

Tableau 5: Coûts des cabinets de psychiatres selon les types de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (aos) en 2002, en milliers de francs

		2002	Part 2002 en %	
Pédopsychiatrie et pédopsychothérapie	Cabinets médicaux	Traitements	31'278	98.93
		Médicaments	260	0.82
		Physiothérapie	15	0.05
		Moyens et appareils	2	0.01
		Total des cabinets médicaux	31'555	99.81
	Autres prestations	60	0.19	
Total prestations pédopsychiatrie		31'615	100.00	
Psychiatrie et psychothérapie	Cabinets médicaux	Traitements	302'187	93.62
		Médicaments	19'270	5.97
		Physiothérapie	133	0.04
		Moyens et appareils	35	0.01
		Total des cabinets médicaux	321'626	99.65
	Autres prestations	1'143	0.35	
Total prestations psychiatrie de l'adulte		322'769	100.00	

Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Extrapolation sur la base de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques de l'institution commune LAMAL

La majeure partie des frais est occasionnée par les traitements médicaux ambulatoires, aussi bien dans la pédopsychiatrie que dans la psychiatrie de l'adulte. Les frais dus aux médicaments se montent à 19 millions de francs pour les adultes, soit nettement plus que pour les enfants. On délivre ainsi moins de médicaments dans la pédopsychiatrie que dans la psychiatrie de l'adulte. Il est à noter toutefois que les montants indiqués ci-dessus ne concernent que les médicaments qui sont délivrés directement par les psychiatres. Les médicaments vendus en pharmacie sur ordonnance médicale ne peuvent pas être analysés par groupes de médicaments dans le pool de données. La consommation de médicaments dans le domaine psychiatrique ne peut ainsi pas être mesurée avec le pool de données. Selon des chiffres d'Interpharma (2003), les médicaments pour le traitement du système nerveux central représentent 21 % du marché des médicaments, soit une part substantielle. Celle-ci nous autorise à conclure que les dépenses pour les médicaments dans le domaine psychiatrique ont été très élevées en 2002. Les frais dus aux autres types de prestations ont été très faibles, tant dans la pédopsychiatrie que dans la psychiatrie de l'adulte.

Tableau 6: Coûts des cliniques psychiatriques selon les types de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (aos) en 2002, en milliers de francs

			2002	Part 2002 en %
Cliniques psychiatriques universitaires	Soins ambulatoires et semi-hospitaliers	Prestations médicales ambulatoires	27'177	15.98
		Médicaments	1'895	1.11
		Autres prestations hospitalières	177	0.10
		Total des soins ambulatoires et semi-hospitaliers	29'249	17.19
	Soins intra-muros		133'951	78.74
	Autres prestations		6'917	4.07
	Total des prestations dans les cliniques psychiatriques universitaires		170'117	100.00
Autres cliniques psychiatriques	Soins ambulatoires et semi-hospitaliers	Prestations médicales ambulatoires	67'606	17.00
		Médicaments	5'034	1.27
		Autres prestations hospitalières	357	0.09
		Total des soins ambulatoires et semi-hospitaliers	72'997	18.35
	Soins intra-muros		303'375	76.27
	Autres prestations		21'389	5.38
	Total des prestations dans les autres cliniques psychiatriques		397'760	100.00

Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santéuisse / exploitation Obsan

Extrapolation sur la base de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques de l'institution commune LAMAL

Les coûts des soins intra-muros sont les plus élevés, tant dans les cliniques psychiatriques universitaires que dans les autres cliniques psychiatriques. Ils représentent 79 % des coûts des cliniques psychiatriques universitaires et 76 % des coûts des autres cliniques psychiatriques. Les prestations ambulatoires et semi-hospitalières dans les cliniques psychiatriques universitaires et dans les autres cliniques psychiatriques engendrent respectivement 17 % et 18 % des coûts. Dans les deux types d'hôpitaux, la majeure partie de ces coûts est induite par les prestations médicales ambulatoires. Les médicaments délivrés sur ordonnance et les autres prestations hospitalières portent sur des montants plus modestes. Les autres prestations concernent essentiellement les soins à domicile et les prestations des médecins en pratique privée qui facturent leur travail sur le code-crédancier de l'hôpital.

En additionnant les prestations des cliniques psychiatriques universitaires et des autres cliniques psychiatriques et en comparant le total aux prestations médicales ambulatoires des psychiatres en pratique privée, on note une augmentation des coûts de tous les types de soins (ambulatoires, semi-hospitaliers et intra-muros) entre 1998 et 2002 (voir tableau 7). Etant donné que les autres prestations des cabinets médicaux et des hôpitaux incluent aussi bien des soins ambulatoires que des soins intra-muros, il n'en a pas été tenu compte dans le tableau 6. Contrairement à l'idée qu'un transfert de la psychiatrie clinique vers la psychiatrie ambulatoire entraîne une baisse des coûts dans le domaine intra-muros, l'évolution des coûts entre 1998 et 2002 fait apparaître que les coûts des deux domaines ont augmenté. Dans la psychiatrie hospitalière, on enregistre même une croissance légèrement plus rapide que dans la psychiatrie ambulatoire.

Tableau 7: Evolution des coûts aos entre 1998 et 2002 en psychiatrie ambulatoire et en psychiatrie hospitalière, en milliers de francs

	1998	1999	2000	2001	2002	Variation annuelle en %
Prestations médicales ambulatoires des cabinets médicaux de psychiatres	307'882	314'246	332'731	346'404	353'181	3.49
Prestations ambulatoires / semi-hospitalières des cliniques psychiatriques	91'123	96'297	103'435	114'590	102'246	2.92
Prestations intra-muros des cliniques psychiatriques	378'740	398'753	403'201	420'568	437'326	3.66

Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Extrapolation sur la base de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques de l'institution commune LAMAL

3.2.2 Coûts des services psychiatriques des différents hôpitaux

Comme il l'a déjà été indiqué, le pool de données ne permet pas de connaître l'ensemble des traitements psychiatriques, tels que les prestations psychiatriques des médecins généralistes. Dans le domaine intra-muros, en revanche, il est possible de connaître les prestations non pas des seules cliniques psychiatriques, mais de tous les hôpitaux, à partir des données fournies pour les types de prestations "Hôpitaux soins intra-muros" et "Hôpitaux soins ambulatoires / semi-hospitaliers". Etant donné que les données de ces services sont collectées depuis 2001 dans le domaine intra-muros et depuis 2002 seulement dans le domaine ambulatoire / semi-hospitalier, il n'a pas été possible d'analyser l'évolution des coûts. C'est pourquoi le passage suivant se concentre sur les données les plus récentes, à savoir celles de 2002. Les services médicaux des hôpitaux énumérés dans le pool de données correspondent à la classification de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur les centres de prestations.⁵

Il ressort du tableau 8 que les prestations des services psychiatriques facturées en 2002 aux caisses-maladie ont totalisé 78 millions pour les soins ambulatoires et semi-hospitaliers et 456 millions de francs pour les soins intra-muros. Si les prestations des services psychiatriques ne sont pas toutes imputées à l'hôpital comme fournisseur de prestations, c'est parce que d'autres fournisseurs de prestations (médecins surtout) ont facturé certaines prestations des services psychiatriques sur leur propre code-crédancier. Les montants figurant dans la catégorie des autres fournisseurs de prestations sont néanmoins très modestes, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier, de sorte qu'il est permis de parler ici d'exceptions.

⁵ L'OFS distingue les services médicaux suivants: chirurgie, dermatologie, gériatrie, gynécologie, médecine interne, soins intensifs, radiologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie, réadaptation, autres spécialisations (OFS, 1997).

Tableau 8: Coûts aos ambulatoires / semi-hospitaliers et intra-muros en 2002 dans les services psychiatriques des différents hôpitaux, en milliers de francs

Type de prestation	Fournisseurs de prestations		2002	Part 2002 en %
Soins ambulatoires / semi-hospitaliers des services psychiatriques	Hôpitaux	Hôpitaux de soins généraux	6'846	8.83
		Etablissements pour maladies chroniques ou liées à l'âge ⁶	1'705	2.20
		Hôpitaux universitaires	6'398	8.25
		Cliniques psychiatriques ⁷	53'389	68.85
		Autres cliniques spécialisées ⁸	8'547	11.02
	Hôpitaux	76'885	99.14	
	Autres fournisseurs de prestations	663	0.86	
Total des fournisseurs de prestations			77'548	100.00
Soins intra-muros des services psychiatriques	Hôpitaux	Hôpitaux de soins généraux	26'429	5.79
		Etablissements pour maladies chroniques ou liées à l'âge	2'782	0.61
		Hôpitaux universitaires	5'875	1.29
		Cliniques psychiatriques	399'882	87.62
		Autres cliniques spécialisées	20'699	4.54
	Hôpitaux	455'667	99.85	
	Autres fournisseurs de prestations	697	0.15	
Total des fournisseurs de prestations			456'364	100.00

Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Extrapolation sur la base de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques de l'institution commune LAMAL

De tous les services psychiatriques, les cliniques psychiatriques enregistrent les coûts les plus élevés, ce qui n'est pas une surprise. En 2002, les frais pour les prestations ambulatoires / semi-hospitalières d'une part et les prestations intra-muros d'autre part y ont totalisé respectivement 53 millions et 400 millions de francs. Les différences parfois considérables par rapport aux chiffres du tableau 6 s'expliquent par le fait que les coûts publiés dans le tableau 6 se réfèrent aux prestations de tous les services des cliniques psychiatriques, et non pas seulement à celles des seuls services psychiatriques. Une analyse du pool de données a montré que la rubrique «autres spécialisations» est le centre de prestations le plus fréquemment indiqué après le service psychiatrique.

Dans les hôpitaux de soins généraux et les hôpitaux universitaires, les coûts pour les prestations ambulatoires et semi-hospitalières dans les services psychiatriques atteignent respectivement 7 et 6 millions de francs. Si les coûts des soins intra-muros et ceux des soins ambulatoires sont à peu près identiques dans les hôpitaux universitaires, tel n'est pas le cas des hôpitaux de soins généraux, où les coûts des soins intra-muros (26 millions de francs) sont nettement supérieurs à ceux des soins ambulatoires. Avec les cliniques psychiatriques, les services psychiatriques des hôpitaux de soins généraux jouent ainsi un rôle important en matière de soins intra-muros. En

⁶ Maisons mixtes pour malades et bien portants, cliniques gériatriques, hôpitaux pour maladies chroniques ou liées à l'âge.

⁷ Total des prestations des cliniques psychiatriques universitaires et des autres cliniques psychiatriques.

⁸ Ont été regroupés sous cette rubrique les hôpitaux suivants: hôpitaux pour femmes, hôpitaux pour enfants, cliniques spécialisées en neurologie, établissements de prévention ou de cure, cliniques de rhumatologie et de réadaptation, cliniques spécialisées dans les maladies pulmonaires et les allergies, autres cliniques spécialisées, catégorie ouverte.

comparaison des autres hôpitaux, les coûts des services psychiatriques des établissements pour malades chroniques et personnes âgées sont relativement faibles. Ils sont relativement élevés dans les autres cliniques spécialisées – 9 millions pour les soins ambulatoires et 21 millions pour les soins intra-muros –, mais ces chiffres doivent être relativisés compte tenu du nombre important de types d'hôpitaux qui sont regroupés dans cette catégorie.

3.2.3 Coûts par personne malade dans le domaine psychiatrique

A partir du pool de données, il est possible aussi de connaître le nombre de personnes malades soignées dans les cabinets médicaux. Par personne malade, il faut comprendre un assuré qui a recouru à des prestations d'un fournisseur de prestations au moins une fois en une année. Si le même assuré consulte le même médecin au printemps et en automne, il est compté comme un malade dans la statistique annuelle. Si le même assuré consulte deux médecins différents, il sera répertorié deux fois.

Le tableau 9 présente l'évolution du nombre de malades et du nombre de jours d'hospitalisation pour 1000 habitants entre 1998 et 2002. Si les taux de malades et de jours d'hospitalisation sont nettement plus faibles tant dans la psychiatrie ambulatoire que dans la psychiatrie hospitalière, ils ont enregistré la plus forte augmentation entre 1998 et 2002 en comparaison de la médecine générale et du total des médecins et des hôpitaux.

Tableau 9: Evolution du nombre de malades dans le domaine ambulatoire et du nombre de jours d'hospitalisation dans le domaine intra-muros pour 1000 personnes assurées entre 1998 et 2002 – en médecine générale, en psychiatrie et pour le total des médecins et des hôpitaux

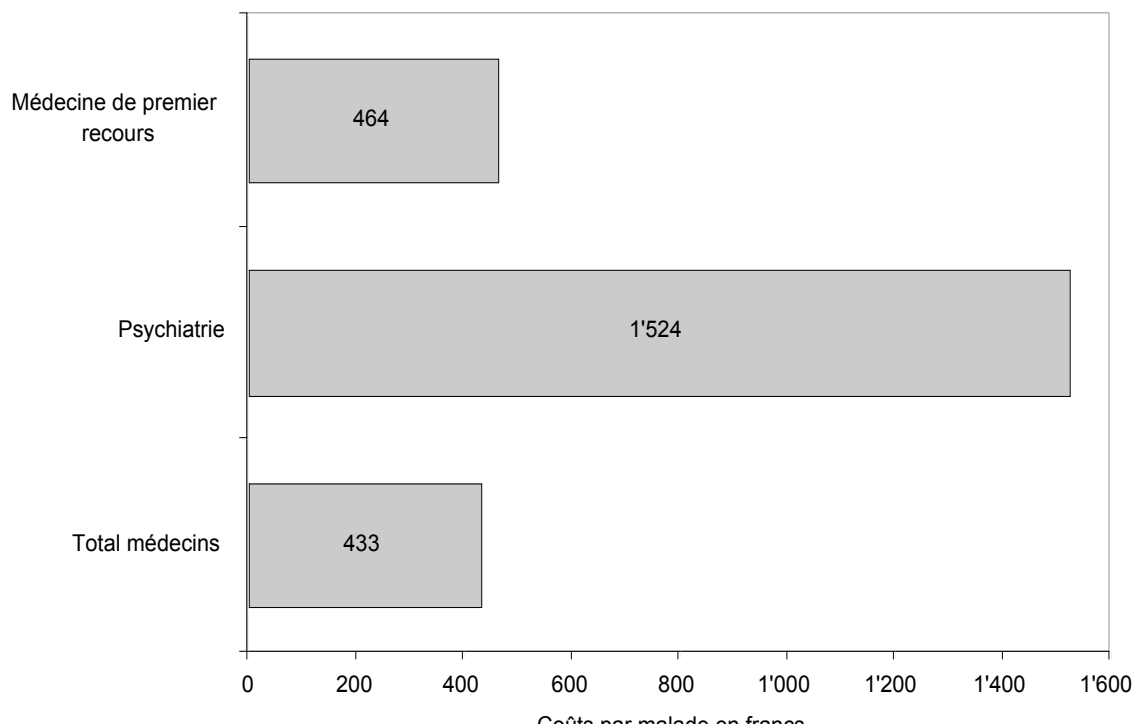
		1998	1999	2000	2001	2002	Variation annuelle moyenne en %
Malades pour 1000 assurés dans le domaine ambulatoire	Soins de base	820	842	850	868	906	2.52
	Psychiatrie	26	28	29	31	32	4.96
	Total des médecins	1'510	1'553	1'583	1'625	1'707	3.11
Jours d'hospitalisation pour 1000 assurés dans le domaine hospitalier	Hôpitaux de soins généraux	928	889	895	934	946	0.50
	Cliniques psychiatriques	316	315	315	321	328	0.91
	Total des hôpitaux	1'805	1'736	1'736	1'792	1'805	0.00

Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Les coûts par personne malade en cabinet médical privé (y compris les médicaments) pour la médecine générale, la psychiatrie et le total des médecins sont indiqués dans la figure 1. Les coûts par jour d'hospitalisation figurent également, mais ils se réfèrent uniquement à la part prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. Des données plus complètes, incluant les subventions des cantons, sont publiées dans la statistique des hôpitaux de l'OFS (OFS, 2003c). Nous avons renoncé à présenter ces données ici, parce que cette statistique est bien connue et qu'elle peut être facilement consultée (www.statistique.admin.ch).

Figure 1: Coûts par malade en médecine générale, en psychiatrie et pour le total des médecins en 2002, en francs



Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Des différences considérables apparaissent au niveau des coûts par malade dans la médecine ambulatoire. Si les coûts des médecins de premier recours se montent à 464 francs par malade, les coûts des psychiatres et des pédopsychiatres s'élèvent à 1 524 francs par malade, soit 3,3 fois plus. En moyenne, 433 francs par malade sont versés par les assurances-maladie et les assurés (participation aux coûts). La différence de coûts par malade entre le domaine psychiatrique et la médecine générale s'explique par des durées de thérapies plus longues ou très fréquentées. C'est la raison pour laquelle les caisses-maladie font de plus en plus pression sur les psychiatres pour qu'ils réduisent la durée ou la fréquence de certaines psychothérapies, très longues ou dont les séances se suivent à un rythme rapproché.

3.2.4 Comparaison des coûts des soins psychiatriques entre les cantons

Des différences considérables existent entre les cantons au niveau des soins psychiatriques, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine intra-muros. Les figures 2 et 3 illustrent ces différences. Les barres en gris clair correspondent à la part des assurés d'un canton qui se sont fait soigner dans le canton de domicile. Plus les barres en gris clair sont courtes, plus les coûts en dehors du canton de domicile sont élevés. Chez les assurés argoviens, par exemple, 72 % des coûts sont facturés dans le canton d'Argovie, alors que 28 % des prestations sont consommées dans un autre canton. Les barres en noir montrent la part des prestations qui sont facturées à des assurés d'autres cantons (sous l'angle des psychiatres ou des hôpitaux pour les soins intra-

muros). Dans l'exemple une nouvelle fois d'Argovie, 13 % des prestations des psychiatres argoviens sont fournies à des assurés d'autres cantons, et 87 % à des assurés argoviens.

Les chiffres sur les coûts des traitements dans le canton de domicile et hors de celui-ci sont présentés ci-après pour les psychiatres et les pédopsychiatres ainsi que pour les cliniques psychiatriques. Le pool de données ne permet pas d'analyser les coûts des traitements des services psychiatriques des différents hôpitaux. Les chiffres des figures 2 et 3 sont publiés de manière détaillée dans le tableau 10. Il convient de répéter que les traitements en dehors du canton de domicile ne sauraient être considérés a priori comme mauvais. Le but ici n'est pas d'évaluer l'offre dans les cantons, mais seulement de la décrire.

Tableau 10: Parts des coûts occasionnés par des traitements psychiatriques dans le canton de domicile et en dehors de celui-ci en 2002, en %

	Psychiatres et pédopsychiatres				Cliniques psychiatriques			
	Traitement dans le canton de domicile	Traitement en dehors du canton de domicile	Patients en provenance du canton-siège	Patients en provenance d'autres cantons	Traitement dans le canton de domicile	Traitement en dehors du canton de domicile	Patients en provenance du canton-siège	Patients en provenance d'autres cantons
AG	71.87	28.13	87.18	12.82	85.89	14.11	83.47	16.53
AI	0.00	100.00			0.00	100.00		
AR	54.59	45.41	41.02	58.98	82.02	17.98	62.76	37.24
BE	94.53	5.47	89.29	10.71	96.11	3.89	92.17	7.83
BL	62.11	37.89	62.79	37.21	76.43	23.57	86.97	13.03
BS	77.69	22.31	64.48	35.52	88.12	11.88	78.47	21.53
FR	76.65	23.35	92.02	7.98	88.67	11.33	97.56	2.44
GE	97.10	2.90	91.20	8.80	92.65	7.35	97.71	2.29
GL	75.33	24.67	88.48	11.52	0.00	100.00		
GR	85.13	14.87	90.66	9.34	90.90	9.10	95.28	4.72
JU	76.19	23.81	92.40	7.60	58.76	41.24	94.97	5.03
LU	84.12	15.88	84.72	15.28	82.67	17.33	94.39	5.61
NE	89.50	10.50	89.46	10.54	94.85	5.15	94.84	5.16
NW	47.12	52.88	67.95	32.05	0.00	100.00		
OW	26.46	73.54	54.47	45.53	0.00	100.00		
SG	74.36	25.64	73.81	26.19	84.39	15.61	95.55	4.45
SH	76.88	23.12	76.25	23.75	85.01	14.99	97.72	2.28
SO	54.72	45.28	81.92	18.08	74.34	25.66	97.14	2.86
SZ	43.11	56.89	86.89	13.11	0.00	100.00		
TG	64.45	35.55	88.34	11.66	96.67	3.33	64.14	35.86
TI	94.19	5.81	97.18	2.82	98.05	1.95	96.63	3.37
UR	51.52	48.48	96.48	3.52	0.00	100.00		
VD	92.15	7.85	89.99	10.01	98.70	1.30	93.58	6.42
VS	73.17	26.83	95.30	4.70	91.92	8.08	97.35	2.65
ZG	63.43	36.57	78.08	21.92	62.26	37.74	42.96	57.04
ZH	95.46	4.54	87.24	12.76	94.42	5.58	93.18	6.82

Etat des données le 24.04.2003

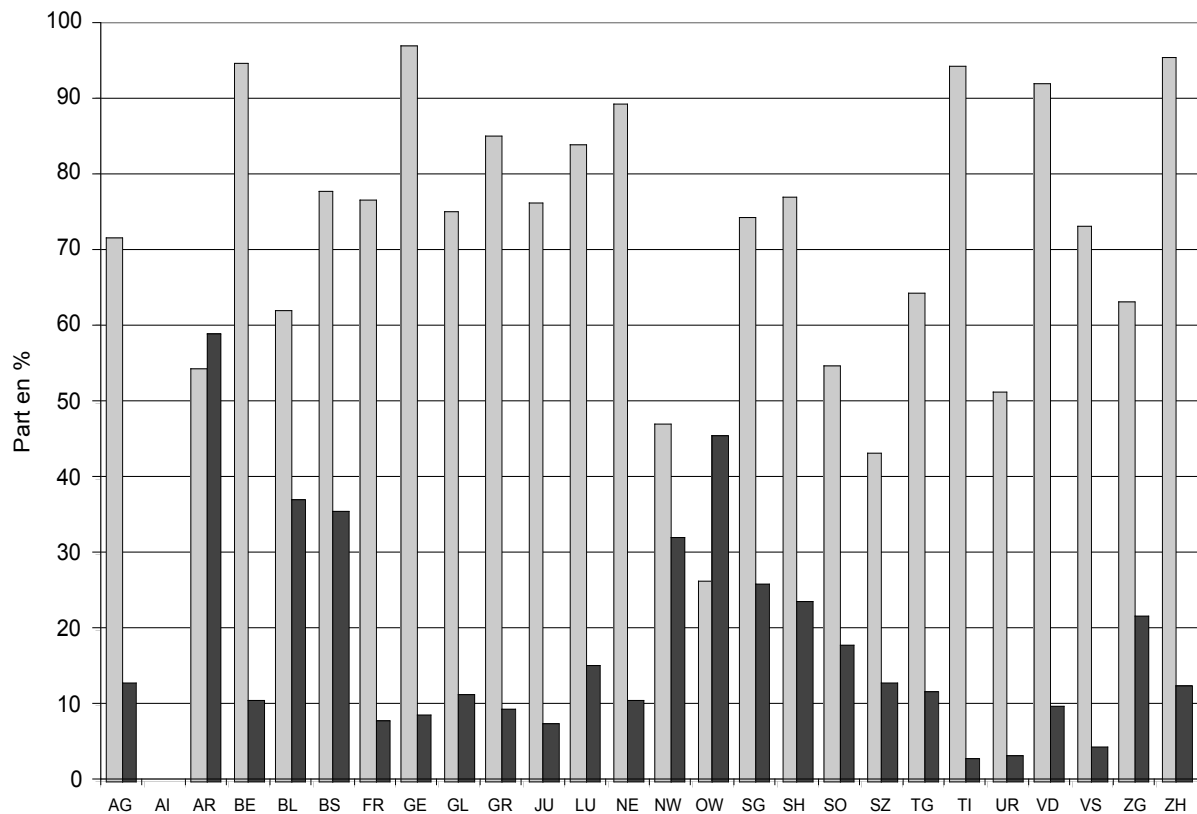
Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Plus de 92 % des prestations en faveur des patients genevois, zurichois, bernois, tessinois et vaudois sont fournies par des médecins psychiatres, psychothérapeutes, pédopsychiatres ou pédopsychothérapeutes du canton. La majorité des assurés de ces cantons suivent leur traitement psychiatrique ambulatoire dans leur canton. Pour les assurés de Nidwald, Schwytz et

Obwald, c'est l'inverse qui est vrai, puisque les factures émanent essentiellement des psychiatres d'autres cantons. Le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures ne compte aucun médecin psychiatre ou pédopsychiatre. En conséquence, les assurés de ce canton se font tous soigner dans un autre canton.

59 % des prestations des psychiatres du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures sont fournies à des assurés d'autres cantons. Dans le détail, les chiffres du pool de données montrent que 42 % des assurés viennent du canton de St-Gall, 7 % d'Appenzell Rhodes-Intérieures et 3 % de Zurich et de Thurgovie. Les médecins d'Obwald, de Nidwald et des deux Bâle comptent également de nombreux patients étrangers au canton. La plupart des patients de Nidwald vont se faire soigner à Obwald, tandis que les patients d'Obwald viennent à Nidwald. On observe le même chassé-croisé avec les assurés de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne.

Figure 2: Part des coûts occasionnés par des traitements psychiatriques dans le canton de domicile et en dehors de celui-ci en 2002, en %



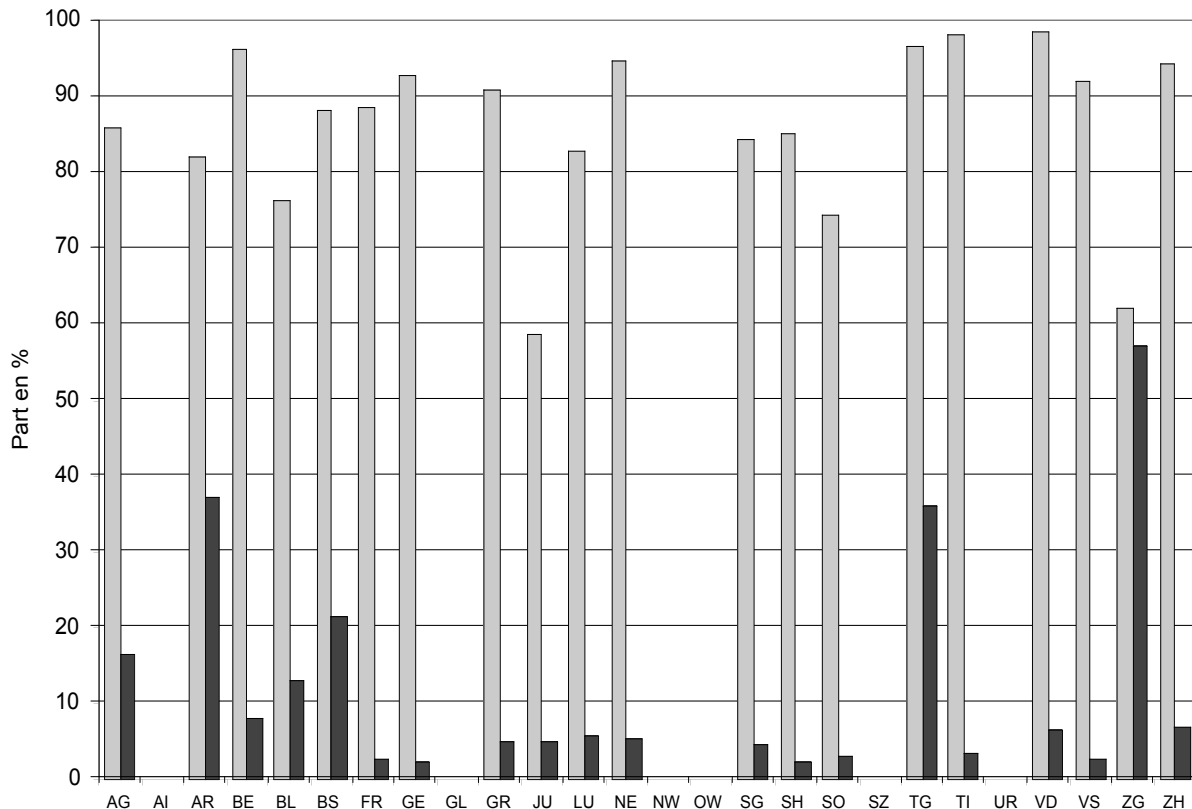
Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

En ce qui concerne les cliniques psychiatriques, les différences entre les cantons sont encore plus criantes que dans la médecine psychiatrique ambulatoire. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Glaris, Nidwald, Obwald, Schwytz et Uri ne possèdent par exemple aucune clinique psychiatrique. Par conséquent, les assurés domiciliés dans ces cantons doivent être soignés dans

des établissements hospitaliers d'autres cantons ou dans des autres hôpitaux. Il convient de souligner encore une fois que les services psychiatriques des cliniques non psychiatriques n'ont pas été pris en compte.

Figure 3: Part des coûts occasionnés par des traitements en cliniques psychiatriques dans le canton de domicile et en dehors de celui-ci en 2002, en %



Etat des données le 24.04.2003
 Source: pool de données, santésuisse / exploitation Obsan

Comme on le voit dans la figure 3, les personnes assurées se font soigner de préférence dans leur canton si celui-ci possède une clinique psychiatrique. Seuls les Zougois et les Jurassiens font exception: leurs frais sont beaucoup plus élevés pour les traitements en dehors du canton (parts de 60 % environ). Une analyse détaillée du pool de données indique que 27 % des coûts des assurés zougois sont occasionnés dans le canton de Thurgovie et 6 % dans le canton de Zurich. Les Jurassiens se font soigner fréquemment dans le canton de Berne (30 % des coûts des Jurassiens sont engendrés dans le canton de Berne).

Les hôpitaux zougois fournissent très souvent des prestations à des assurés d'autres cantons. Environ 57 % des coûts dans les cliniques psychiatriques du canton de Zoug sont facturés à des assurés d'autres cantons, essentiellement des cantons voisins de Suisse centrale qui ne disposent d'aucune clinique psychiatrique. Les cliniques d'Appenzell et de Thurgovie aussi «exportent»

une partie importante de leurs prestations, à hauteur environ d'un tiers. Dans l'ensemble, les prestations fournies par les hôpitaux à des assurés d'autres cantons sont nettement inférieures à celles des cabinets médicaux de psychiatrie.

3.2.5 Comparaison des coûts de la psychiatrie et de la médecine générale, selon l'âge des assurés

Le chapitre qui s'ouvre (voir figures 4 et 5) examinera les coûts de la psychiatrie et de la médecine générale dans les cabinets médicaux et les hôpitaux selon l'âge des assurés. Les chiffres y relatifs sont présentés dans le tableau 11.

Tableau 11: Coûts par assuré de la psychiatrie et de la médecine générale en 2002, par groupes d'âges et en francs

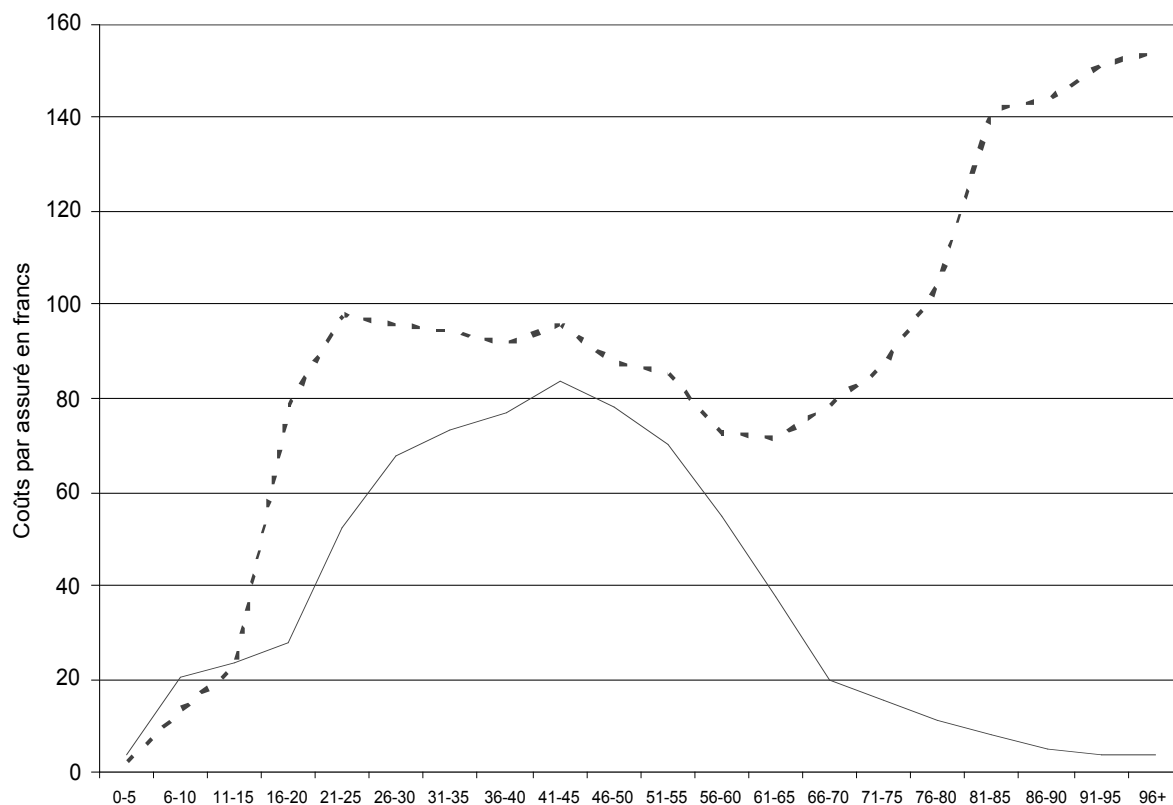
	Cliniques psychiatriques	Médecins psychiatres	Hôpitaux de soins généraux	Médecins de premier recours
0-5	2.91	3.62	133.06	409.21
6-10	13.57	20.18	93.11	212.73
11-15	23.13	23.68	99.15	177.47
16-20	78.77	27.81	155.36	196.38
21-25	98.04	52.17	210.95	190.62
26-30	95.67	67.63	290.13	198.91
31-35	94.38	73.43	315.94	231.91
36-40	91.86	76.95	273.73	257.27
41-45	95.85	83.68	304.36	318.18
46-50	87.89	77.94	358.01	362.72
51-55	85.45	69.96	481.26	470.67
56-60	72.89	54.65	588.58	538.47
61-65	71.59	37.33	793.55	689.19
66-70	79.05	19.72	989.83	782.78
71-75	87.44	15.40	1'347.88	970.69
76-80	104.50	11.03	1'529.02	1'029.74
81-85	141.83	8.27	1'846.41	1'192.96
86-90	144.08	4.82	1'870.44	1'138.80
91-95	151.49	3.88	2'044.74	1'150.40
96+	154.24	3.62	1'798.94	1'058.24
Total	77.36	48.27	479.62	420.04

Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Il est à noter que les coûts moyens par patient pour les différents groupes d'âge ne peuvent pas être calculés avec le pool de données. Il est certes possible de connaître le nombre de personnes malades à partir des données sur les prestations médicales, mais non d'associer ces informations avec des données personnelles des patients (par ex. âge et sexe) en raison de la construction du pool de données. Les chiffres publiés ci-après concernent donc les coûts moyens par personne assurée. Il s'agit de valeurs moyennes qui se réfèrent à toutes les personnes assurées et non pas seulement aux personnes en traitement.

Figure 4: Coûts par assuré des cliniques psychiatriques et des médecins psychiatres, par groupes d'âges et en francs



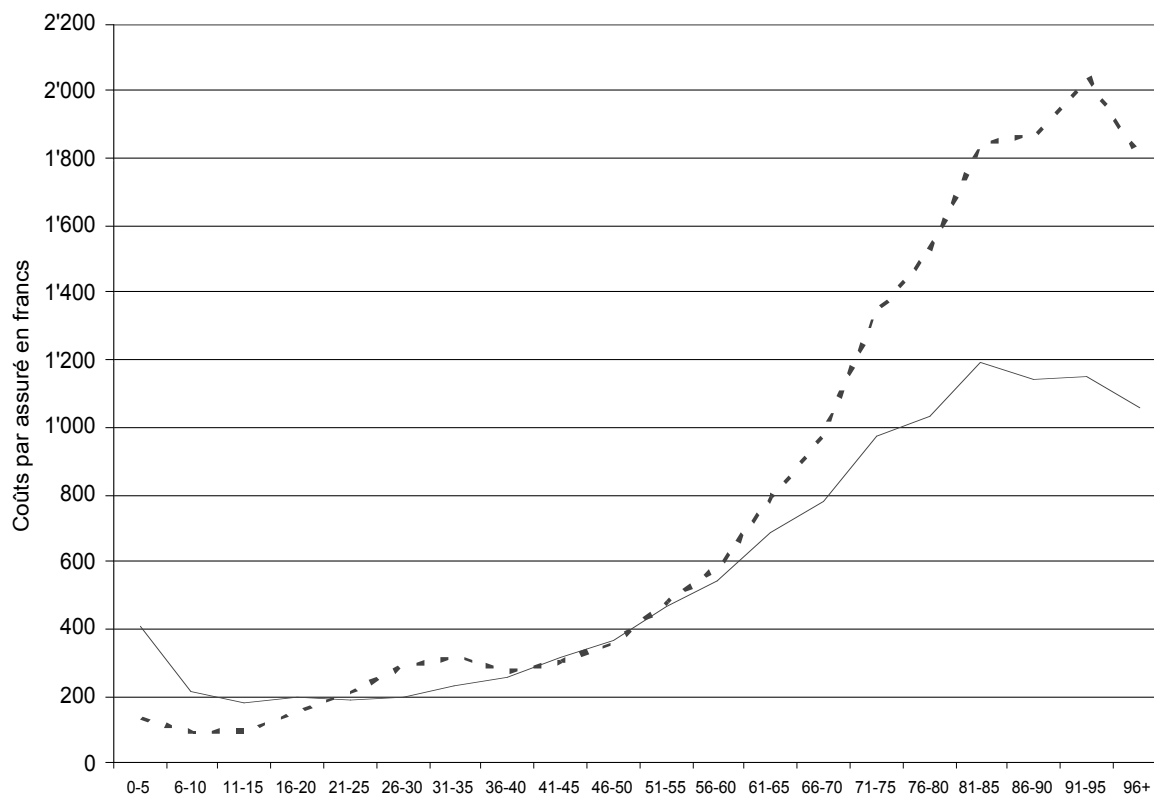
Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

Les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont nettement moins élevés dans la psychiatrie que dans la médecine générale. Ainsi, les montants facturés par les médecins psychiatres peuvent s'élever, selon les groupes d'âges, jusqu'à 84 francs par assuré, contre 1193 francs par assuré en médecine. Les coûts dans le domaine hospitalier sont plus élevés que dans le domaine ambulatoire tant en médecine générale qu'en psychiatrie. Ils peuvent grimper jusqu'à 154 francs par assuré dans les cliniques psychiatriques et jusqu'à 2045 francs dans les hôpitaux de soins généraux. Les différences entre la psychiatrie et la médecine générale apparaissent non seulement au niveau des coûts, mais aussi au niveau de l'évolution des coûts entre les différents groupes d'âge. Chez les médecins de premier recours et dans les hôpitaux de soins généraux, les coûts par assuré augmentent avec l'âge. Cette tendance est nettement plus claire pour les soins intra-muros que pour les soins ambulatoires. Dans la psychiatrie, inversement, l'évolution des coûts qui peut être observée dans les cabinets médicaux surtout est très différente. Les assurés en âge de travailler ont ainsi les coûts les plus élevés. Dès la vingt-et-unième année, les coûts par assuré augmentent sensiblement pour culminer à 84 francs chez les 41-45 ans. Les coûts redescendent ensuite sensiblement jusqu'à la 65^{ème} année. Les coûts par assuré dans les cliniques psychiatriques sont aussi élevés pendant les années de la vie active, mais au lieu de diminuer à nouveau comme chez les médecins psychiatres, ils continuent d'augmenter jusqu'à la fin de la

vie. Les personnes âgées se font donc soigner plutôt dans des cliniques psychiatriques que dans des cabinets médicaux.

Figure 5: Coûts par assuré des hôpitaux de soins généraux et des médecins de premier recours, par groupes d'âges et en francs



Etat des données le 24.04.2003

Source: pool de données de santésuisse / exploitation Obsan

4 Statistique médicale des hôpitaux

La statistique médicale des hôpitaux constitue une source d'intérêt majeure pour le domaine de la psychiatrie. Ce recueil de données existe depuis 1998. Le questionnaire utilisé pour le recueil de données permet d'assembler des informations génériques sur les patients ainsi que des données plus en relation avec la cause de l'hospitalisation telles que les diagnostics et les traitements. Les données intéressent les cas d'hospitalisations et de semi hospitalisations. Il n'est pas possible de fournir des indications concernant les cas ambulatoires. En effet, la statistique médicale des hôpitaux ne prévoit pas l'obligation de communiquer les données pour l'ambulatoire de l'hôpital. La description que nous pouvons faire de la prise en charge des cas psychiatrique n'est de ce fait pas complète. Il est dès lors clair que l'illustration des données qui va suivre peut participer à la description de la prise en charge des cas psychiatriques, mais n'évacue pas la totalité de la tâche qui est plus complexe et comprend, comme nous venons de le dire, la prise en charge ambulatoire.

Il s'agit ici d'une première utilisation de cette base dont on connaît peu le contenu. Pour cette raison l'Observatoire de la santé (Obsan), tout en n'ayant pas la prétention de donner une description exhaustive de la prise en charge hospitalière des cas psychiatriques, veut publier et mettre à disposition une partie des données reportés dans cette statistique.

Les données livrées à l'Office fédéral de la statistique (OFS) ne comprennent pas des indications d'ordre social ou économique, il n'y a aucun élément dans cette statistique apte à élucider le rôle de ces caractéristiques en relation à l'hospitalisation. Il est donc impossible de montrer des liens entre l'aspect médical de la prise en charge avec des caractéristiques socio-économiques.

La statistique médicale est une statistique exhaustive obligatoire pour le domaine des hospitalisations et les semi-hospitalisations, une partie des résultats de l'élaboration de données est publiée par l'OFS sous forme de tableaux standards (2003a, 2003b). Les détails sur la statistique et le questionnaire sont à la disposition de tout le monde sur le site Internet de l'OFS.⁹

4.1 A propos des publications des données de la statistique médicale

L'Office fédéral de la statistique publie chaque année des tableaux standards de la statistique de la santé. Ces tableaux sont issus de la statistique des hôpitaux, de la statistique des établissements non hospitaliers et de la statistique médicale des hôpitaux. Cette dernière statistique est celle qui permet d'avoir le plus d'informations utiles concernant le domaine de la psychiatrie.

⁹ http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gewe/fffr14k.htm

L'Observatoire de la santé a utilisé et utilise, lui aussi, la statistique médicale des hôpitaux. Le document de travail 1/03 (Christen et Christen, 2003) en est un exemple.

Dans cette première partie du chapitre, nous allons répertorier les publications existantes qui contiennent des éléments illustrant des données concernant la prise en charge psychiatrique. Sous forme schématique (tableaux) vous trouvez les indications qui permettent de retrouver les graphiques, les tableaux, la page ou l'indication numérique du tableau ainsi que l'indication du type de publication.

4.1.1 Les publications «Actualité OFS» de l'Office fédéral de la statistique

Nous allons commencer par illustrer les résultats issus de la publication des «tableaux standards» de l'OFS.

Rappelons ici que le but des tableaux suivants est de donner une référence et l'indication de données qui existent dont les sources sont les statistiques de l'OFS. En aucun cas, il ne s'agit de répéter ce qui a déjà été rapporté dans ces publications, notre intention est simplement de rappeler quel type d'informations contiennent ces publications et où on peut les trouver.

Les informations qui suivent sont contenues dans les «Actualité OFS» (tableaux standards 2001).

Tableau 12 : Tableaux standards 2001 de l'OFS concernant les données de psychiatrie dans la statistique médicale

Description	Tableaux
1. Taux de participation des établissements. Par type d'hôpital et par canton de l'établissement y compris les cliniques psychiatriques.	A1
2. Mode d'admission. Par type d'hôpital et par canton de l'établissement y compris les cliniques psychiatriques.	B3
3. Variable de sortie. Par type d'hôpital et par canton de l'établissement y compris les cliniques psychiatriques.	B4
4. Nombre de cas et cas par 1 000 habitants. Par classe d'âge, sexe et par type d'hôpital y compris les cliniques psychiatriques.	C2
5. Nombre de journées d'hospitalisation et journées par 1 000 habitants. Par classe d'âge, sexe et par type d'hôpital y compris les cliniques psychiatriques.	C3
6. Nombre de patients et patientes par 1 000 habitants. Par classe d'âge et par type d'hôpital y compris les cliniques psychiatriques.	C4
7. Durée moyenne de séjour. Par centre de prestation et canton de domicile du patient y compris le service de psychiatrie et psychothérapie (M 500).	C5
8. Les diagnostics d'hospitalisations les plus fréquents selon l'âge et le sexe. Cliniques psychiatriques.	D3
9. Nombre de cas par chapitre CIM-10. Par classe d'âge et sexe y compris le chapitre V (troubles mentaux et du comportement).	E1
10. Nombre de jour d'hospitalisation par chapitre CIM-10. Par classe d'âge et sexe y compris le chapitre V (troubles mentaux et du comportement).	E2
11. Nombre de patients par chapitre CIM-10. Par classe d'âge et sexe y compris le chapitre V (troubles mentaux et du comportement).	E3
12. Hospitalisations multiples : diagnostics initiaux les plus fréquents dans les cliniques psychiatriques. Par classe d'âge et sexe.	E5

Les tableaux standards font l'état de la situation dans les hôpitaux au 31 décembre de l'année. La première année de la statistique est 1998, le format de publication des données a, entre-temps, quelque peu changé. Il est probable que certains des tableaux cités ci-dessus n'existent pas pour les publications antérieures à l'année statistique 2001.

4.1.2 Le document de travail 1/03 de l'Observatoire suisse de la santé

Une autre publication d'utilité majeure dans le domaine des données pour le secteur de la psychiatrie est le document de travail 1/03 (Christen et Christen, 2003). Cette publication contient des données d'intérêt général de la statistique médicale. Il illustre par le biais de tableaux et graphiques des informations issues du questionnaire obligatoire (données minimales¹⁰) et du questionnaire non soumis à l'obligation de déclarer et spécifique à la psychiatrie (données complémentaires¹¹). Ce document de travail est paru en juillet 2003. Les détails des données contenues dans le document sont présentés dans le tableau 13.

Tableau 13 : Contenu du document de travail «Description des données fondamentales relatives aux admissions en établissements psychiatriques en Suisse de 1998 à 2000» concernant les «données minimales»

Exploitation de la série de données minimales selon les traitements		Page
T	Canton-siège de l'institution traitante	26
G	Livraison des données (nombre de traitements annoncés selon le canton-siège de l'institution traitante)	27
G	Parts de traitements annoncés assortis du code de liaison anonyme selon le canton-siège	28
G	Parts de traitements annoncés assortis de données supplémentaires en psychiatrie selon le canton-siège	28
G	Parts de traitements dans le canton de domicile et parts de traitements en dehors du canton	29
T	Domicile région OFS	30
T	Sexe	30
T	Age au moment de l'hospitalisation: groupes de 5 ans	31
T	Nationalité	32
T	Séjour avant l'admission	33
T	Mode d'admission	33
T	Décision d'envoi	34
T	Description des cas (cas traités jusqu'à 1 an / plus de 1 an)	35
T	Cas traités (jusqu'à 1 an / plus de 1 an / total): durée du séjour – données statistiques	36
T	Décision de sortie	37
T	Age à la sortie, selon la personne qui décide de la sortie et la durée du séjour (jusqu'à 1 an / plus de 1 an)	38
T	Durée du séjour, selon la personne qui décide de la sortie et la durée du séjour (jusqu'à 1 an / plus de 1 an)	38
T	Age (lors de l'admission / du décès) / sexe / diagnostic F principal / diagnostic X6, X7, X8 secondaire du défunt	39/40/41
T	Séjour après sortie	41
T	Traitement après sortie	42
G	Lien entre lieu de séjour après la sortie et type d'admission	43
T	Description du diagnostic principal	43
T	Nombre de diagnostics F	44

¹⁰ La liste minimale de données prévue par la statistique médicale décrit les variables soumises à l'obligation de renseigner.

¹¹ La liste complémentaire de données prévue par la statistique médicale décrit les variables non soumises à l'obligation de renseigner (questionnaire concernant les nouveau-nés et la psychiatrie).

Exploitation de la série de données minimales selon les traitements		Page
T	Diagnostics F principaux à 2 / 3 positions groupés et selon le sexe	45/46/48
T	Comparaison admissions d'urgence et admissions annoncées – sélection des 10 diagnostics F (groupes) principaux les plus fréquents	49
T	Comparaison décision d'entrée (patient/proche et médecin) – sélection des 10 diagnostics F (groupes) principaux les plus fréquents	50
T	Durées du séjour pour traitements terminés (tous / jusqu'à 1 an / plus de 1 an) – sélection des 10 diagnostics F (groupes) principaux les plus fréquents	51/52
G	Médiane et moyenne des durées de séjour pour traitements terminés selon les groupes de diagnostics	53
T	Décision de sortie pour traitements terminés – sélection des 10 diagnostics F (groupes) principaux les plus fréquents	54
G	Parts des lieux de séjour après la sortie selon les groupes de diagnostics	55
G	Parts des traitements après la sortie selon les groupes de diagnostics	56
T	Diagnostics suicide: âge, sexe, lieu de séjour avant l'admission, décision de sortie, traitement après sortie, diagnostics F principaux	57/58/59
T	Typologie des diagnostics CIM-10 à une position	60
G	Parts des diagnostics F et non F en relation avec le nombre de diagnostics codés par traitement	61
T	(Combinaisons de) diagnostics les plus fréquents, au moins 1% des codifications – base: 3 premiers diagnostics, 3 positions	62
G	Combinaisons de diagnostics les plus fréquentes	62

T = tableau

G = graphique

La statistique médicale des hôpitaux a aussi des modules non obligatoires. Les données issues du module de la psychiatrie ne sont pas systématiquement livrées à l'OFS par les établissements. Néanmoins nous pouvons profiter des données à disposition pour en tirer quelques informations utiles. Nous rappelons, dans le tableau ci-dessous, les éléments déjà cités dans le document de travail 1/03.

Tableau 14 : Contenu du document de travail «Description des données fondamentales relatives aux admissions en établissements psychiatriques en Suisse de 1998 à 2000» concernant les «données complémentaires (psychiatrie)»

Exploitation des données supplémentaires en psychiatrie selon les traitements		Page
T	Etat civil	64
T	Séjour avant l'admission	65
T	Occupation avant l'admission	66
T	Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée	66
T	Décision d'envoi	67
T	Entrée volontaire ou non et privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA)	68/69
G	Lien entre décision d'envoi (sélection) et entrée volontaire	70
T	Traitement	71
T	Psychopharmacothérapie	72
T	Description des traitements	73
T	Traitement terminé	73
T	Décision de sortie	74
T	Séjour après sortie	75
G	Concordance des séjours avant entrée et après sortie	76
T	Traitement après sortie	77
T	Tous les traitements terminés: durée du séjour	78
T	Durée du séjour selon divers critères de traitement socio-démographiques pour tous les traitements terminés	79
G	Lien entre état civil et logement en rapport avec la durée du séjour pour traitements terminés	80
G	Durée du séjour pour traitements terminés en relation avec l'occupation	80

T = tableau

G = graphique

Tableau 15 : Contenu du document de travail « Description des données fondamentales relatives aux admissions en établissements psychiatriques en Suisse de 1998 à 2000 » concernant les « données du code de liaison anonyme »¹²

Exploitation de données personnelles anonymes reconstruites		Page
G	Traitements terminés de personnes: lien entre le nombre d'admissions et la somme des durées de séjour	83
G	Personnes avec 2 traitements: concordance entre diagnostics principaux (sélectionnés)	85
G	Personnes avec 2 traitements au moins: concordance entre diagnostics principaux (sélectionnés)	85
G	Personnes avec 1 ou au moins 4 traitements: distribution du diagnostic principal lors de la 1 ^{ère} admission	86

T = tableau

G = graphique

4.2 Quelques indications concernant les cas d'hospitalisation psychiatrique

Nous allons maintenant illustrer quelques caractéristiques de l'hospitalisation des cas psychiatriques. Il est nécessaire de rappeler que la définition de «cas psychiatrique» n'est pas univoque et que celle que nous utilisons dans cette partie du document de travail répond à des exigences propres à la statistique médicale.

Un cas d'hospitalisation fait référence au séjour pour un traitement, un examen ou des soins de 24 heures et plus dans un lit d'une unité de soins. Les urgences qui conduisent à une hospitalisation, les transferts dans un autre hôpital et les décès survenus en moins de 24 heures sont également comptés comme hospitalisation.

Les données dont il s'agira ici font référence aux cas d'hospitalisation. Il faut préciser qu'un cas ne correspond pas à une personne. Le cas est défini sur la base du séjour à l'hôpital. Si la même personne est hospitalisée deux fois dans la même année (dans le même établissement ou dans d'autres structures), il sera compté comme étant deux cas. Cela même si entre les deux hospitalisations, il a poursuivi sa thérapie de manière ambulatoire. La continuité thérapeutique qui peut caractériser la prise en charge des personnes avec problèmes psychiatriques et le suivi personnel centré sur les entrées et les sorties des établissements ne sont pas l'objet de cette partie de l'étude et ne figurent pas dans les tableaux et les graphiques qui suivent. Pour une analyse plus en détail de ce thème, nous vous renvoyons à la publication de l'Obsan qui a traité cet argument (Christen et Christen, 2003) et à une publication en projet qui va analyser systématiquement des suivis personnels (Christen et Christen, paraîtra en 2005).

¹² Pour analyser les cas de réhospitalisation et pour étudier les flux de patients un code de liaison anonyme a été créé. Ce code se base sur le prénom et le nom, la date de naissance et le sexe de la personne traitée. L'algorithme utilisé est fourni aux hôpitaux afin que ceux-ci l'intègrent dans leurs programmes. Cette variable permet de réaliser ce type d'exploitation de manière anonyme.

Une autre caractéristique des données qui se réfèrent aux cas en tant qu'élément statistique de base est le comptage. Les cas qui proviennent des autres hôpitaux sont parfois comptés deux fois. A titre d'exemple, l'ensemble du système hospitalier genevois et la récente réforme du système psychiatrique dans ce canton orientent en priorité les urgences vers l'hôpital général, d'où elles sont réparties dans le dispositif psychiatrique. Il est clair qu'un système qui compte comme deux hospitalisations l'arrivée aux urgences, puis le transfert à l'hôpital psychiatrique, augmente fortement, mais de façon artificielle, le nombre total d'hospitalisations. Comme nous venons de le dire, ce problème touche plus le canton Genève que les autres cantons. Les données peuvent être interprétées en tenant compte de ces problèmes. Dans cette publication, nous avons choisi de montrer le nombre total de cas enregistré dans les établissements en Suisse.

Le cas d'hospitalisation psychiatrique est celui qui a, comme diagnostic principal, un code CIM-10 qui fait partie du chapitre V (Diagnostic F) ou du groupe G 30 (maladie d'Alzheimer) (Dilling et al., 1991). Cette définition n'est pas exactement celle utilisée jusqu'à maintenant. En effet, les cas d'Alzheimer n'étaient pas compris dans la définition de cas psychiatrique. Cette différence est due à la structure des bases de données, la statistique médicale permettant en effet d'ajouter ces cas en donnant à la définition un contenu plus complet. Les cas d'Alzheimer, bien que répertoriés dans un chapitre différent (OMS, 1993) ont une spécificité psychiatrique. La maladie d'Alzheimer se caractérise par une détérioration de certaines cellules nerveuses, qui constitue la conséquence physiologique de la maladie. Les effets pratiques de cette neurodégénérescence peuvent s'apparenter avec des dérangements du comportement qui nécessitent aussi une prise en charge psychiatrique. Pour cette raison les cas d'Alzheimer rentrent dans la définition de cas psychiatrique (pour ce chapitre seulement).

4.2.1 Distribution par lieu d'hospitalisation

En suisse la plupart des cantons possèdent une structure spécialisée de prise en charge des cas de psychiatrie. De nos jours les hospitalisations pour problèmes psychiatriques n'ont pas systématiquement lieu dans des cliniques psychiatriques. Cela dépend aussi de la disponibilité sur le sol cantonal d'une telle structure.

Des accords entre les cantons pour des hospitalisations hors canton de domicile du patient sont aussi possibles. Les cas qui nécessitent alors une hospitalisation dans une clinique de psychiatrie peuvent disposer d'un tel service en s'appuyant sur d'autres cantons.

Le tableau 16 et la figure 6 donnent un aperçu de la situation en Suisse, la typologie des hôpitaux est celle mise au point par l'OFS¹³. Uniquement les cas d'hospitalisation selon la définition de l'OFS sont pris en considération.

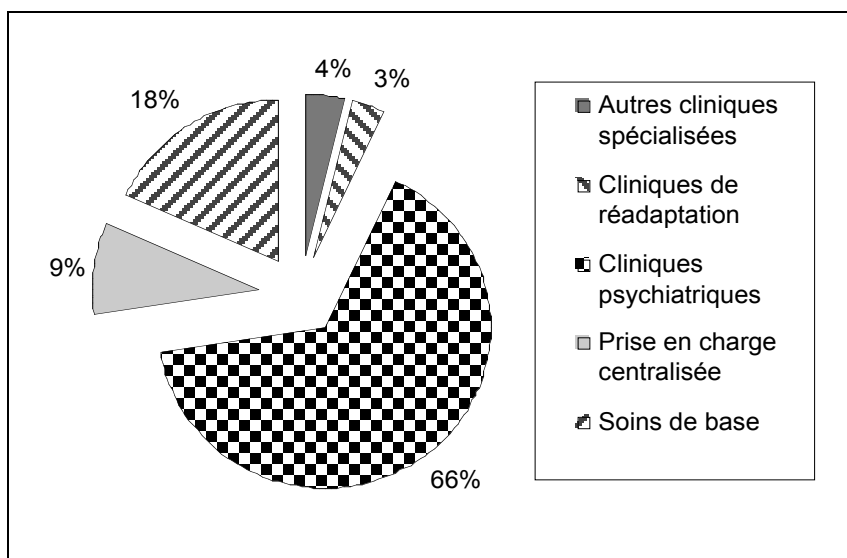
¹³ La typologie des hôpitaux compte 5 types d'établissements différents: les hôpitaux avec prise en charge centralisée, les hôpitaux de soins de base, les cliniques psychiatriques, les cliniques de réhabilitation et les autres établissements spécialisés.

Tableau 16: Nombre de cas d'hospitalisation psychiatrique selon le type d'établissement en Suisse en 2001

Cliniques psychiatriques	Soins de base	Prise en charge centralisée	Autres cliniques spécialisées	Cliniques de réadaptation	TOTAL
45'982	12'923	6'515	2'764	2'218	70'402
65.3%	18.4%	9.3%	3.95%	3.2%	100%

Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

La plupart des cas sont hospitalisés dans les cliniques psychiatriques, mais 34 % des 70402 cas sont pris en charge en dehors de ces structures.

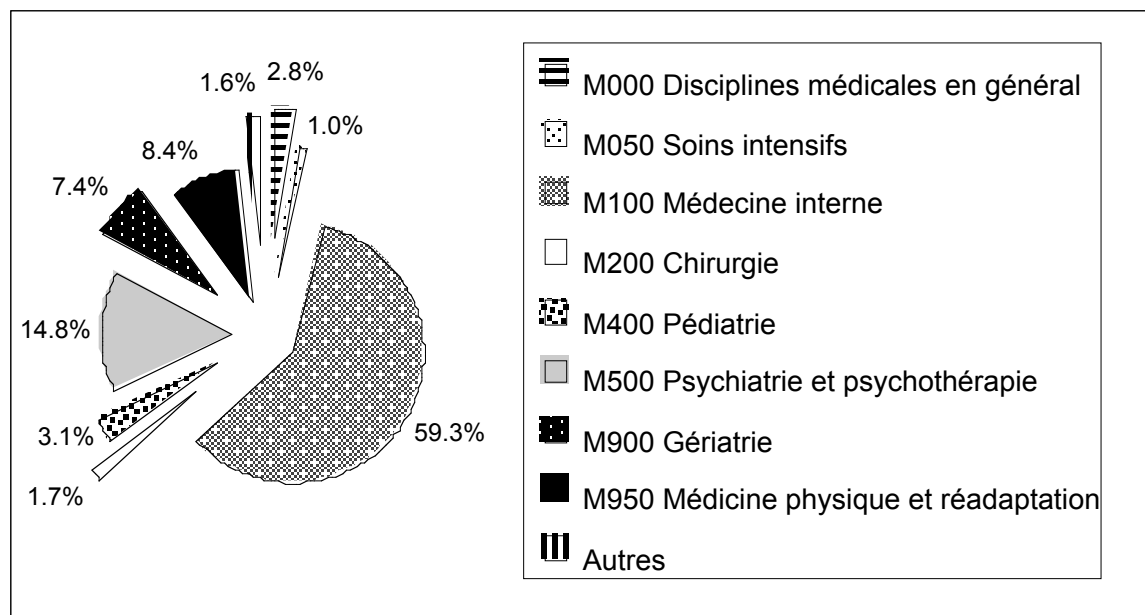
Figure 6: Distribution des cas d'hospitalisation psychiatrique dans les différents types d'hôpitaux en Suisse en 2001

Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

Les cas pris en charge par des structures autres que les cliniques psychiatriques sont distribués dans divers services des hôpitaux. Les cantons qui ne disposent pas de cliniques psychiatriques hospitalisent les patients dans différents services d'autres types d'établissements que ces cliniques (s'ils ne sont pas hospitalisés hors canton). Les services dont il s'agit ici sont définis par l'OFS comme étant le «centre des prises en charge des coûts», c'est-à-dire le service pour lequel, du point de vue administratif, on attribue les dépenses engendrées par le cas.

La figure 7 montre dans quels services sont hospitalisés les patients pour un total de 24420 cas hospitalisés en Suisse hors des cliniques psychiatriques pour l'année 2001.

Figure 7: Distribution des cas d'hospitalisation psychiatrique dans les différents services des établissements en dehors des cliniques psychiatriques en Suisse, 2001



Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

La plupart des cas, presque 60 %, sont hospitalisés dans les services de médecine interne, tandis que 15 % environ sont admis dans les services de psychiatrie et psychothérapie.

Il est parfois possible que des cas qui n'ont pas un diagnostic principal dans le chapitre V ou dans le groupe G30 soient hospitalisés dans des cliniques de psychiatrie. Ce type d'hospitalisation n'est pas très important en nombre. En effet plus du 98 % des diagnostics sont issus de deux catégories de diagnostics susmentionnées et seulement 512 cas ne font pas partie des deux groupes cités.

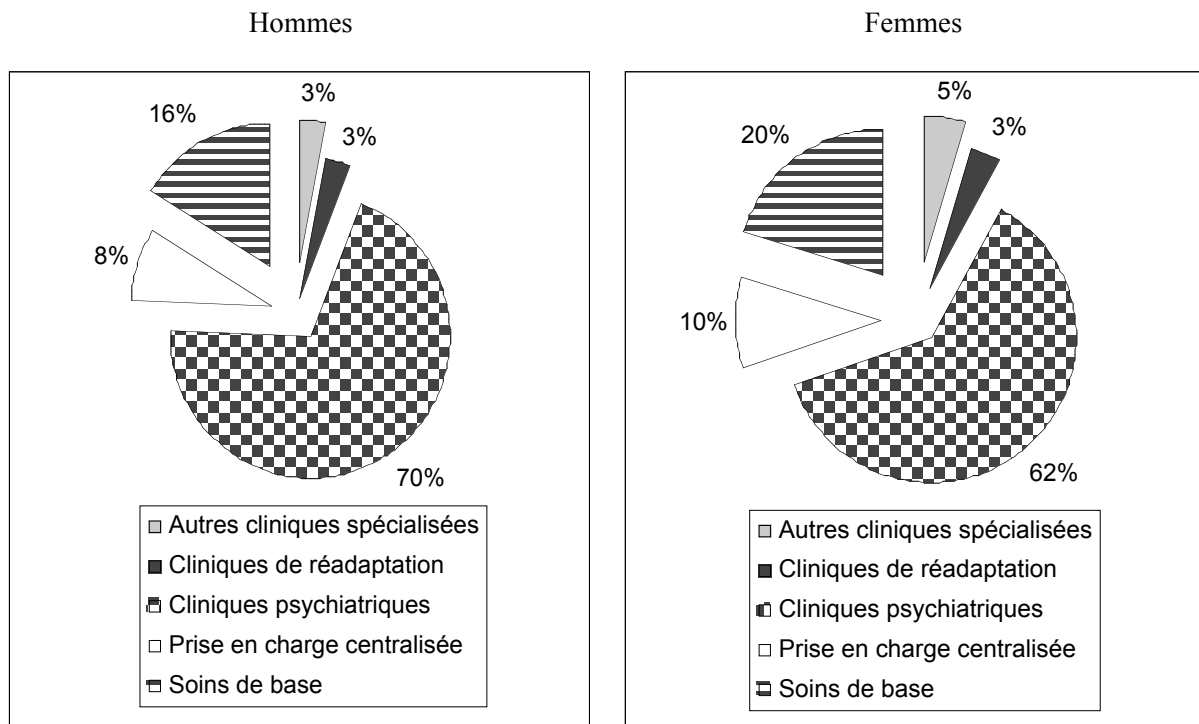
Comme nous l'avons constaté, bien que le nombre soit faible, nous pouvons dire que seulement certains cas issus de ces groupes de diagnostics sont hospitalisés en clinique psychiatrique, mais que presque tous les cas dans les cliniques psychiatriques ont, comme diagnostic principal, un code issu de ces deux groupes.

4.2.2 Distribution par sexe et âge

Dans la distribution des hospitalisations selon le sexe, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. En effet avec 38 129 cas les femmes constituent environ 54 % des cas, tandis que les hommes comptent 32 273 cas d'hospitalisation. Cette différence ne permet aucune considération d'ordre épidémiologique ou de comportement face à la maladie. Les femmes sont normalement déjà plus nombreuses si l'on considère la population de la Suisse en 2001, pour cette raison aussi, nous ne pouvons pas tirer de conclusions hasardeuses concernant cette différence.

La ventilation selon le sexe varie sensiblement surtout en ce qui concerne les cliniques psychiatriques. Les hommes avec le 70 % du total des cas hospitalisés sont habituellement pris en charge dans des cliniques psychiatriques tandis que les femmes le sont moins fréquemment (figure 8).

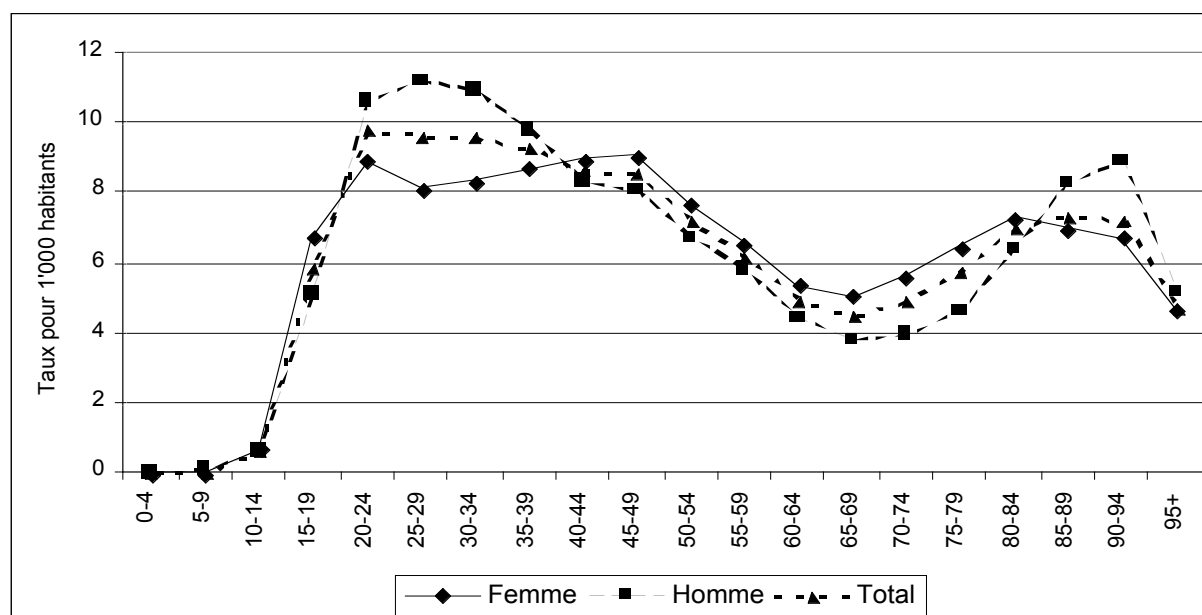
Figure 8: Distribution des cas d'hospitalisation psychiatrique selon le sexe et le type d'établissement en Suisse 2001



Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

Le taux d'hospitalisation des cas psychiatriques pour les hommes et pour les femmes est quasiment identique jusqu'à l'âge de 20 ans. Le taux d'hospitalisation des hommes augmente sensiblement entre 20 et 24. Les deux tranches d'âges, celle qui va de 20 à 39 ans et celle qui va de 85 à 95 ans et plus, se caractérisent par des valeurs supérieures à la moyenne pour les hommes (respectivement inférieures pour les femmes). Les taux entre ces deux tranches (de 40 à 84 ans) montrent la même tendance pour les hommes et les femmes (la pente est la même pour les deux courbes) avec toujours un taux plus élevé pour les femmes.

Figure 9 : Taux d'hospitalisation pour 1'000 habitants pour les cas d'hospitalisation psychiatrique, distribution selon le sexe et la classe d'âge pour la Suisse en 2001



Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

Dans la ventilation par canton on constate pour les cantons plus «urbanisés», comme par exemple Genève et Bâle-Ville, des taux élevés pour tous les trois groupes d'âges considérés. Neuchâtel a, lui aussi, des taux considérables pour le groupe des plus de 65 ans tandis que le canton de Zurich présente des taux élevés pour le groupe d'âge de 15 à 44 ans et des taux qui se rapprochent de la moyenne nationale pour les deux autres.

Tableau 17 : Taux d'hospitalisation pour 1'000 habitants des cas psychiatrique par canton de domicile du patient selon le sexe et la classe d'âge, année 2001

	15-44		45-64		65+	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Appenzell Rh.-Ext.	7.44	8.75	9.30	6.85	7.89	6.20
Appenzell Rh.-Int.	3.60	4.03	0.34	0.36	0.77	3.93
Argovie	4.34	5.32	6.42	4.93	7.13	3.80
Bâle-Campagne	8.25	9.08	7.40	6.29	8.37	5.84
Bâle-Ville	17.92	23.69	15.88	16.77	9.36	9.20
Berne	9.12	9.40	7.37	6.14	4.41	3.34
Fribourg	8.69	10.69	7.54	9.64	7.77	7.22
Genève	15.53	14.98	11.21	8.79	11.22	10.84
Glaris	3.17	6.30	1.80	4.45	0.55	0.78
Grisons	4.06	3.19	3.40	4.48	3.57	3.33
Jura	7.87	6.88	6.09	3.82	1.82	1.09
Lucerne	7.89	8.97	7.21	7.01	4.83	3.90
Neuchâtel	6.80	11.15	6.99	10.88	12.55	10.56
Nidwald	3.02	2.36	3.98	1.42	4.57	0.91
Obwald	2.57	2.48	1.94	3.75	1.94	1.61
Saint-Gall	6.37	10.05	6.05	6.18	5.33	3.80
Schaffhouse	11.36	12.46	9.09	8.86	6.87	3.06
Schwyz	4.95	6.05	5.33	4.02	3.21	5.69

	15-44		45-64		65+	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Soleure	5.90	8.03	7.65	6.52	5.02	4.85
Tessin	9.30	12.48	9.23	9.21	5.33	5.31
Thurgovie	9.92	11.71	10.21	8.25	8.75	8.27
Uri	7.65	4.51	7.41	7.89	9.00	5.33
Valais	5.17	5.86	4.84	3.93	2.56	2.51
Vaud	13.37	12.11	10.75	9.40	10.64	7.49
Zoug	6.15	7.80	7.67	5.11	7.61	5.43
Zurich	10.77	12.65	8.68	6.90	8.21	6.46
CH	9.07	10.28	8.10	7.13	6.99	5.59

Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

En règle générale les taux d'hospitalisation ont une tendance à diminuer avec l'âge. Cela peut être dû à la prise en charge progressive des personnes plus âgées (classe de plus de 65 ans) par des institutions médico-sociales. Les taux pour les femmes dans le canton de Vaud et dans le canton de Neuchâtel affichent des tendances contraires à la moyenne suisse.

4.2.3 La durée de séjour

La durée de séjour pour les cliniques psychiatriques est très variable comme on peut le constater dans le tableau 18. Ce tableau donne la situation dans les cantons qui possèdent une ou plusieurs cliniques psychiatriques. Les durées de séjour tiennent compte seulement des cas pour lesquels il existait une date de sortie et qui se basaient sur les cas enregistrés en 2000 c'est-à-dire qui sont sortis cette même année. Contrairement aux tableaux précédents, ici, le critère de sélection des cas hospitalisés n'était pas le diagnostic principal, mais plutôt le cas hospitalisé dans les cliniques psychiatriques (selon la typologie de l'OFS).

Si nous considérons uniquement la durée moyenne de séjour, nous constatons une variabilité très élevée entre les cantons. En réalité cette variabilité s'estompe partiellement avec la médiane. Cela est dû aux cas d'hospitalisation avec durée de séjour très élevée qui influence plus la moyenne que la médiane, statistiquement plus robuste. L'effet est d'autant plus compréhensible si on considère qu'il y a des séjours d'hospitalisation en clinique psychiatrique qui peuvent, par exemple, dépasser 40 ans.

La durée de séjour dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques est répartie de manière très inégale et est nettement plus longue que dans les hôpitaux ordinaires. La moitié des patients séjournent entre 1 et 23 jours dans les cliniques psychiatriques de Suisse alors que les autres y demeurent, pour une part, bien plus longtemps: 20,9 % y restent plus de 60 jours, la moyenne arithmétique étant de 82 jours, 4,4 % des patients y séjournent plus de six mois et 1,6 % plus d'un an. C'est surtout du point de vue des thérapies de longue durée que les cantons et les cliniques se différencient. Avec un pourcentage de traitements d'une durée de plus de six mois inférieur à 1 %, les cliniques des cantons de Bâle-Ville, du Jura et du Tessin font suivre des thérapies particulièrement courtes, tandis que les cliniques des cantons de Neuchâtel, Thurgovie et Zurich affichent un nombre particulièrement élevé de patients de longue durée avec une proportion de thérapies d'une durée supérieure à un an de plus de 2,5 %.

Tableau 18 : Durée de séjour et nombre de cas d'hospitalisation dans les cliniques psychiatriques en 2000 selon le canton de l'établissement.

	Nombre de jours	Nombre de cas	Moyenne	Médian	% plus de 60 jours	% plus de 182 jours	% plus de 365 jours
AG	155'683	1'987	78.35	29	17.66	3.82	2.11
AR	24'306	360	67.52	32	28.33	3.89	1.11
BE	731'173	5'517	132.53	28	25.63	5.55	2.19
BL	58'898	1'120	52.59	19	20.09	5.45	1.61
BS	79'996	1'991	40.18	22	18.33	0.65	0.20
FR	69'166	1'429	48.40	24	17.28	3.15	1.05
GE	141'320	4'263	33.15	11	10.39	3.05	0.89
GR	90'366	1'064	84.93	28	25.28	6.02	2.35
JU	5'439	245	22.20	15	5.31	0.82	-
LU	229'565	1'642	139.81	23	19.85	4.14	1.58
NE	116'066	1'093	106.19	39	35.41	8.97	3.48
SG	238'079	2'043	116.53	22	21.15	4.85	1.81
SH	35'790	442	80.97	22	23.76	7.47	2.26
SO	82'976	955	86.89	16	16.13	5.13	2.41
TG	183'303	1'548	118.41	55	46.45	11.76	3.94
TI	84'624	2'109	40.13	23	17.50	1.99	0.33
VD	153'807	5'397	28.50	18	10.80	0.67	0.22
VS	39'253	879	44.66	24	19.23	3.75	1.02
ZG	62'481	940	66.47	33	26.49	4.04	0.85
ZH	977'580	8'384	116.60	27	25.44	6.01	2.56
Total	3'559'871	43'408	82.01	23	20.86	4.36	1.64

Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

4.2.4 Un aperçu de la distribution selon les codes de la CIM-10

La plupart des cas d'hospitalisation sont en relation avec des problèmes liés à la consommation de substances psycho-actives ou aux troubles de l'humeur (affectifs) qui constituent à eux seuls presque 50 % des cas. Un pourcentage non négligeable est constitué aussi par le groupe F2 (Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants) qui affiche plus de 16 % des diagnostics pour les cas d'hospitalisation.

Tableau 19 : Nombre de cas psychiatriques hospitalisés par groupe de diagnose du chapitre V CIM-10, Suisse en 2001

Codes	%	N
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (inclus G30 Maladie d'Alzheimer)		
F0	10.29	7'242
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives		
F1	23.68	16'672
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants		
F2	16.84	11'853
Troubles de l'humeur (affectifs)		
F3	24.64	17'348
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes		
F4	15.48	10'896

Codes	%	N
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques		
F5	1.98	1'397
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte		
F6	5.01	3'524
Retard mental		
F7	0.77	543
Troubles du développement psychologique		
F8	0.25	173
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence		
F9	0.91	642
Trouble mental, sans précision		
F99	0.16	112
TOTAL		70'402

Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

Par la suite le tableau 20 montre plus en détails les groupes de codes diagnostics ventilés par sexe. Comme on peut le constater les hospitalisations, en relation avec des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, sont plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes. Pour les hommes, ces hospitalisations constituent presque 10 % des diagnostics sur le total des hospitalisations en Suisse. Les autres raisons d'hospitalisation caractérisées par un diagnostic de «troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives» ont, quant à eux, un pourcentage d'hommes encore un fois plus élevé par rapport aux femmes. Ces différences s'estompent partiellement avec les diagnostics des schizophrénies. Ces diagnostics correspondent à un pourcentage sur le total des hospitalisations de plus de 9 % (4,08 % pour les femmes et 5,53 % pour les hommes).

Les épisodes dépressifs avec les troubles dépressifs récurrents (F32, F33) se caractérisent par une proportion de femmes double par rapport aux hommes. Les deux sexes pris ensemble montrent quelle est l'importance de ce diagnostic (plus de 14 % du total des hospitalisations).

Tableau 20 : Nombre de cas psychiatriques hospitalisés par groupe de diagnose du chapitre V CIM-10, par sexe en 2001

		Femmes	Hommes
F00-F03	N	3'249	2'045
Troubles mentaux organiques (Alzheimer, infarctus cérébraux et autres maladies)	%	4.61	2.90
F04-F09	N	908	1'040
Troubles mentaux organiques (par cause d'affections, lésions et dysfonctionnement cérébraux)	%	1.29	1.48
F10	N	3'728	6'697
Abus d'alcool	%	5.30	9.51
F11-F19	N	2'270	3'977
Abus de drogues	%	3.22	5.65
F20	N	2'874	3'890
Schizophrénie	%	4.08	5.53
F21, F22, F24, F28, F29	N	618	506
Autres troubles délirants	%	0.88	0.72
F23	N	970	893
Troubles psychotiques aigus et transitoires	%	1.38	1.27

		Femmes	Hommes
F25	N	1'196	906
Troubles schizo-affectifs	%	1.70	1.29
F30, F31	N	1'465	1'167
Troubles maniacodépressifs	%	2.08	1.66
F32, F33	N	9'442	4'838
Troubles dépressifs	%	13.41	6.87
F34, F38, F39	N	304	132
Troubles de l'humeur	%	0.43	0.19
F40-F42, F44-F48	N	3'531	1'766
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	%	5.02	2.51
F43	N	3'401	2'198
Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	%	4.83	3.12
F5	N	1'237	160
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	%	1.76	0.23
F6	N	2'289	1'235
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	%	3.25	1.75
F7	N	233	310
Retard mental	%	0.33	0.44
F8	N	65	108
Troubles du développement psychologique	%	0.09	0.15
F9	N	274	368
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	%	0.39	0.52
F99	N	75	37
Trouble mental, sans précision	%	0.11	0.05
TOTAL	N	38'129	32'273
	%	54.16	45.84

Source: Données de la statistique médicale OFS/ exploitation Obsan

4.3 Admissions forcées

La plupart des individus acceptent plus difficilement d'entrer dans une clinique psychiatrique que dans un hôpital ordinaire. Les cliniques psychiatriques publiques sont tenues d'accepter également les patients difficiles, incapables de discernement ou agressifs, pour autant qu'ils présentent un risque notable pour eux-mêmes ou pour autrui et que l'encadrement social de ces patients et les services ambulatoires ne puissent plus les prendre en charge.

Dans un pays comme la Suisse où la tradition de l'assistance paternaliste est bien ancrée, les traitements psychiatriques contre la volonté du patient sont justifiés moralement. Toutefois, compte tenu de l'individualisation croissante de la société, ces traitements sont de plus en plus remis en question au nom du droit de l'individu de disposer de lui-même. Les défenseurs de cette forme de liberté oublient que l'alternative au traitement psychiatrique forcé en milieux hospitaliers est fréquemment l'emprisonnement des malades psychiques, qui est nettement moins humain et qui n'est pas indiqué du tout sur le plan psychothérapeutique. Personne ne souhaite connaître en Suisse la situation des Etats-Unis, où il y a beaucoup plus de malades psychiques dans les prisons que dans les cliniques (Horwitz, 2002).

Le dilemme fondamental de la psychiatrie en milieu hospitalier réside dans le fait que, d'une part, la thérapie psychiatrique est plus efficace chez les patients motivés et coopératifs et que le personnel psychiatrique n'utilise la contrainte qu'à contre-cœur. D'autre part, cependant, les patients non coopératifs doivent aussi être admis et, au besoin, recevoir un traitement sous la contrainte. Les tentatives d'ouverture des services dans le but de «déstigmatiser» les patients et d'améliorer à la fois l'image des cliniques psychiatriques et le climat thérapeutique sont ainsi toujours entravées par l'obligation d'admettre des patients agressifs ou violents.

En 2000, 15 534 patients ont été admis contre leur gré dans une clinique psychiatrique, soit 29,1 % des 53 390 admissions. De ce nombre, 9 948 étaient des admissions forcées (18,6 % de toutes les admissions) dans le cadre d'une «privation de liberté à des fins d'assistance» (PLAFA) selon l'art. 397a du Code civil suisse, et 5 586 (10,5 %) étaient des admissions sans privation de liberté à des fins d'assistance. Ces personnes ont été poussées par leur entourage – proches, médecin ou encore employeur – à demander leur admission sur une base «volontaire». Elles-mêmes considèrent ne pas avoir besoin d'un traitement psychiatrique en milieu hospitalier. Les statistiques des admissions forcées sont des extrapolations obtenues à partir des données complémentaires sur la psychiatrie publiées pour la première fois dans le cadre de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique pour dix-sept cantons (Christen et Christen, 2003).

Le pourcentage d'admissions forcées varie énormément d'un canton à l'autre, car de très grandes différences cantonales existent, tant au niveau du traitement des cas de privation de liberté à des fins d'assistance qu'à celui de la manière générale de gérer les cas de maladies psychiques graves. Moins de 15 % de personnes admises contre leur gré ont été annoncées dans les cantons du Tessin, du Valais et d'Obwald. A Zurich, Berne et Genève, les pourcentages varient entre un tiers et 51 %. Le tableau 21 présente le nombre d'admissions forcées dans les différents cantons. Les chiffres sont extraits à chaque fois de la meilleure source de données ou de la meilleure statistique disponible. Des analyses détaillées, concernant notamment les disparités cantonales, seront réalisées dans le rapport de Christen et Christen (à paraître en 2005).

La privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) est une admission forcée sans ou contre la volonté de la personne selon l'article 397a du Code civil suisse, en raison de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon. Cette personne doit être libérée dès que son état le permet ou, si elle entreprend des démarches juridiques, dès que son recours est admis.

Dans les cas d'admission forcée sans privation de liberté à des fins d'assistance, la personne est poussée par son entourage (par exemple médecins, proches, employeur) à se faire hospitaliser. Elle-même n'estime pas avoir besoin d'un traitement en milieu hospitalier. L'admission ne repose sur aucune base juridique.

Les chiffres des tableaux ont été calculés de la manière suivante:

Colonne 1: Admissions 2000 □ Données des tableaux standards de la statistique des hôpitaux 2000, StatSanté 1/2002, Office fédéral de la statistique, tableau F1, p. 35, complétées par les données du canton d'Obwald de la statistique médicale des hôpitaux 2000 (série de données minimales) (Christen et Christen, 2003).

Colonnes 3 à 5: Total admissions forcées / PLAFA / Autres admissions contraintes sans PLAFA: La base de données est formée des données complémentaires sur la psychiatrie de la statistique médicale des hôpitaux 2000 (à ce sujet, voir aussi Christen et Christen, 2003). Si des données complémentaires sur la psychiatrie existent, les pourcentages d'admissions forcées dans le cadre d'une privation de liberté à des fins d'assistance (colonne 4) et d'admissions forcées sans PLAFA (colonne 5) sont indiqués par canton (deuxième colonne %). Les chiffres de la colonne N ont été extrapolés à partir des chiffres de la statistique des hôpitaux (admissions 2000), plus complète.

Une autre méthode de calcul a été utilisée pour les cantons sans donnée complémentaire sur la psychiatrie (Argovie, Fribourg, Jura, Vaud): les pourcentages cantonaux ont été extrapolés à partir de la valeur moyenne de la somme des données complémentaires des dix-sept cantons (Total CH). Les pourcentages du total CH se modifient avec la prise en compte des quatre autres cantons.

Les seules valeurs observées sont les admissions 2000 (colonne 2) et toutes les indications en pourcentage, à l'exception de celles des cantons de FR, AG, VD et JU.

Tableau 21: Admissions forcées en 2000: extrapolation à partir des données complémentaires sur la psychiatrie

Canton	Admissions 2000 (Statistique des hôpitaux*)	Total admissions forcées		PLAFA (privation de liberté à des fins d'assistance)		Autres admissions forcées sans PLAFA	
	N	N	%	N	%	N	%
TI	2'392	53	2.2	53	2.2	0	0
OW ¹⁴	189	17	9.0	12	6.3	5	2.9
VS	879	106	12.1	18	2.1	88	10.0
BS	2'701	473	17.5	473	17.5	0	0
TG	9'043	1'600	17.7	1'347	14.9	253	2.8
GR	1'276	251	19.7	225	17.6	26	2.0
LU	1'641	394	24.0	350	21.3	44	2.7
BL	1'276	314	24.6	288	22.6	26	2.0
AR	413	102	24.7	90	21.9	12	2.8
SG	2'044	505	24.7	468	22.9	37	1.8
SO	1'020	267	26.2	253	24.8	14	1.4
SH	444	118	26.6	32	7.1	86	19.3
ZG	946	256	27.1	249	26.3	7	0.7
NE	1'724	497	28.8	26	1.5	471	27.3
FR ¹⁵	1'431	464	32.4	278	19.4	186	13.0
AG ¹⁵	2'013	653	32.4	391	19.4	262	13.0
VD ¹⁵	5'322	1'724	32.4	1'032	19.4	692	13.0
JU ¹⁵	272	88	32.4	53	19.4	35	13.0
ZH	8'491	2'827	33.3	2'700	31.8	127	1.5
BE	5'610	2'642	47.1	1'610	28.7	1'032	18.4
GE	4'263	2'183	51.2	0	0	2'183	51.2
Total CH ¹⁶	53'390	15'534	29.1	9'948	18.6	5'586	10.5

* Source: Tableaux standards de la statistique des hôpitaux 2000, StatSanté 1/2002, OFS, tableau F1, p.35

¹⁴ Pour l'OFS, Obwald n'est pas un canton-siège (aucune clinique psychiatrique). Ce canton a néanmoins livré les chiffres du service psychiatrique de l'Hôpital cantonal de Sarnen.

¹⁵ Aucune donnée complémentaire sur la psychiatrie pour les cantons de FR, AG, VD et JU. Les pourcentages sont des extrapolations à partir des valeurs moyennes de la somme des données complémentaires sur la psychiatrie de dix-sept cantons.

¹⁶ Total CH: calcul sur la base du nombre d'admissions, 21 cantons avec clinique ou service psychiatrique.

5 Enquête suisse sur la santé

L'Enquête suisse sur la santé est menée tous les cinq ans auprès de la population résidante en Suisse depuis 1992. La troisième édition a eu lieu en 2002. Les réponses aux questions, répétées périodiquement, permettent d'observer l'évolution de la santé de la population résidante et de détecter des facteurs importants ayant une influence sur la santé. L'Enquête suisse sur la santé suppose un modèle de santé dynamique: la santé y est comprise comme le résultat de processus d'adaptation entre l'homme et l'environnement, de modes de vie et de prestations du système de santé. L'Enquête suisse sur la santé est ainsi un important instrument au service d'une politique de la santé basée sur la réalité.

Les principaux thèmes de l'Enquête suisse sur la santé sont les suivants: état de santé physique, psychique et social, comportements ayant une incidence sur la santé, ressources, mode de vie, couverture d'assurance et utilisation des services de santé.

Le nombre de ménages prévus pour participer à l'enquête 2002 était de 31000, répartis dans toute la Suisse. Ces ménages avaient un raccordement téléphonique et avaient été sélectionnés selon une procédure aléatoire. Une personne d'au moins 15 ans, également choisie au hasard, devait répondre pour chaque ménage. Entre janvier et décembre 2002, 10997 femmes et 8909 hommes ont finalement participé à l'enquête, ce qui représente 64 % des ménages sélectionnés. L'enquête a été menée sur mandat de l'Office fédéral de la statistique (OFS) par l'Institut IHA-GfK, à Hergiswil. Elle a été effectuée par téléphone et par écrit, en français, en allemand ou en italien.

Les tableaux comparatifs suivants présentent les pourcentage de personnes atteintes de troubles psychiques légers (30,5 % en 2002), en traitement pour problèmes psychiques (4,5 % en 2002), en traitement médical (76,9 % en 2002) et hospitalisées (11,8 % en 2002).

Il ressort du tableau synoptique 22 que les chiffres 2002 n'ont, dans l'ensemble, pas beaucoup varié depuis 1997. Certaines différences doivent cependant être relevées entre les deux années. Contrairement à une opinion largement répandue, la part de la population souffrant de troubles psychiques a reculé, passant de 34,8 % en 1997 à 30,5 % en 2002. Ce recul s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Dans le même temps, cependant, la part des personnes en traitement pour un problème psychique, de 4,1 % en 1997, avait augmenté à 4,5 % en 2002. Les femmes sont à l'origine de cette hausse. Chez les hommes, cette part est restée pratiquement inchangée. Les troubles psychiques et les traitements pour problèmes psychiques sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les écarts entre les hommes et les femmes se sont creusés entre 1997 et 2002 en ce qui concerne les traitements. En 2002, les femmes étaient deux fois plus nombreuses que les hommes à être en traitement pour un problème psychique (6 % de femmes et 2,9 % d'hommes).

Les traitements pour problèmes psychiques ont ainsi légèrement progressé, mais ils demeurent encore rares, si l'on sait qu'entre 30 % et 50 % des patients de généralistes souffrent de troubles psychiques ou psychosomatiques dont ils ne sont eux-mêmes pas conscients la plupart du temps

et que les généralistes ne diagnostiquent souvent pas non plus et qu'ils soignent rarement (voir Tress et al. 1999; Ustün et Sartorius 1995).

Tableau 22: Troubles psychiques légers, traitement pour un problème psychique, consultations médicales et hospitalisation. Aperçu 1997 et 2002.

	Enquête 1997			Enquête 2002		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Troubles psychiques légers ¹⁾	32.9%	36.6%	34.8%	27.8%	33.1%	30.5%
Avez-vous été en traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois? % oui	3.0%	5.2%	4.1%	2.9%	6.0%	4.5%
Avez-vous consulté un médecin au cours des douze derniers mois? % oui	73.6%	84.2%	79.1%	71.3%	82.1%	76.9%
Avez-vous séjourné dans un hôpital ou dans une clinique spécialisée au cours des douze derniers mois, établissements de cure non compris? ²⁾ % oui	11.7%	13.1%	12.4%	10.6%	13.0%	11.8%
N (nombre de personnes interrogées)	5'760	7'244	13'004	8'909	10'797	19'706
N (extrapolation à la population) ³⁾	2'827'975	3'052'211	5'880'186	2'909'185	3'108'453	6'017'638

Source: Enquête suisse sur la santé, OFS / exploitation Obsan

Remarques:

¹⁾ Indicateur calculé selon la méthode présentée dans Rüesch et Manzoni, 2003, p. 15

²⁾ Recodage: jamais vs. au moins une fois

³⁾ Extrapolation pondérée, base pour le pourcentage

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé corroborent les constatations des auteurs cités dans la bibliographie: souvent, les troubles psychiques ne sont pas décelés ni traités. A cet égard, les différences entre les groupes d'âges et entre les sexes pour les années 1997 et 2002 se révèlent intéressantes. Ainsi que le montrent les tableaux 23 – 26, les pourcentages d'individus souffrant de troubles psychiques ne varient que faiblement entre les groupes d'âges. Chez les plus jeunes (15-24 ans), le pourcentage de personnes atteintes de troubles psychiques est plus élevé dans tous les groupes (hommes et femmes, 1997 et 2002). Chez les femmes (1997 et 2002) et chez les hommes ayant participé à l'enquête 2002, la part de celles et ceux qui souffrent de troubles psychiques est également forte chez les plus âgés (75 ans et plus).

Cette tendance (pourcentages élevés chez les plus jeunes et les plus âgés) s'observe également au niveau des consultations médicales chez les hommes. Elle pourrait également être constatée chez les femmes si nous avions déduit les consultations médicales pour les grossesses chez les femmes de 25 à 34 ans.

Les chiffres concernant les traitements pour des problèmes psychiques sont diamétralement opposés. Ces traitements sont nettement moins fréquents chez les plus jeunes et chez les 65 ans et plus que chez les 25-64 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. En 2002, seuls 1,4 % des hommes de 15 à 24 ans et 2,1 % et 1,3 % des hommes des deux groupes les plus âgés étaient en traitement pour un problème psychique. Chez les plus jeunes, cette part a même diminué de manière marquée, passant de 3,8 % en 1997 à 1,4 % en 2002.

Ces chiffres montrent de manière éclatante que les jeunes et, surtout, les personnes âgées sont insuffisamment soignées sur les plans psychothérapeutique / psychiatrique. Aucune donnée épidémiologique n'indique que les troubles psychiques seraient plus rares chez les jeunes et les personnes âgées que chez les adultes en âge de travailler. Selon les résultats de l'Enquête suisse sur la santé, les troubles psychiques des personnes âgées non détectés et non traités, dépressions de l'âge en particulier, n'ont guère varié de 1997 à 2002. Chez les hommes jeunes, les troubles non traités ont même augmenté sensiblement (voir plus haut). Les carences au niveau de la prise en charge psychique des jeunes et des personnes âgées doivent être considérées comme l'une des plus graves lacunes du système suisse de la santé. Il convient de rappeler qu'un traitement adéquat des troubles psychiques permettrait d'éviter les conséquences nettement plus onéreuses de l'absence de traitement, se manifestant par exemple sous la forme d'une absence d'autonomie ou de besoins en soins chez les personnes âgées.

Pour remédier à cette insuffisance de prise en charge, il faut notamment sensibiliser davantage les médecins aux symptômes des troubles psychiques chez les jeunes et les personnes âgées au cours de la formation, de la formation continue et de la formation postgrade (voir à ce sujet les recommandations de l'OMS, 2001, et la Politique nationale suisse de la santé, 2004).

Tableau 23: Hommes 1997: Troubles psychiques légers, traitement pour un problème psychique, consultations médicales et hospitalisation, par groupes d'âges

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total Hommes
Troubles psychiques légers ¹⁾	39.2%	36.8%	35.9%	30.3%	28.5%	23.2%	27.0%	32.9%
Avez-vous été en traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois? % oui	3.8%	3.2%	4.0%	2.5%	3.1%	1.1%	1.5%	3.0%
Avez-vous consulté un médecin au cours des douze derniers mois? % oui	72.4%	71.4%	66.5%	72.0%	74.7%	85.5%	88.6%	73.6%
Avez-vous séjourné dans un hôpital ou dans une clinique spécialisée au cours des douze derniers mois, établissement de cure non compris? ²⁾ % oui	9.1%	6.8%	8.5%	12.8%	13.9%	20.7%	22.0%	11.7%
N (nombre de personnes interrogées)	685	1'349	1'155	895	732	587	357	5'760
N (extrapolation à la population) ³⁾	406'866	561'107	563'191	493'036	368'002	269'275	166'497	2'827'975

Source: Enquête suisse sur la santé, OFS / exploitation Obsan

Remarques:

¹⁾ Indicateur calculé selon la méthode présentée dans Ruesch et Manzoni, 2003, p. 15

²⁾ Recodage: jamais vs. au moins une fois

³⁾ Extrapolation pondérée, base pour le pourcentage

Tableau 24: Femmes 1997: Troubles psychiques légers, traitement pour un problème psychique, consultations médicales et hospitalisation, par groupes d'âges

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total Femmes
Troubles psychiques légers ¹⁾	43.4%	36.9%	36.0%	32.5%	34.0%	37.4%	37.4%	36.6%
Avez-vous été en traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois? % oui	4.6%	5.7%	7.4%	5.0%	5.4%	4.3%	1.9%	5.2%
Avez-vous consulté un médecin au cours des douze derniers mois? % oui	82.3%	84.9%	81.2%	79.9%	85.3%	88.6%	90.5%	84.2%
Avez-vous séjourné dans un hôpital ou dans une clinique spécialisée au cours des douze derniers mois, établissement de cure non compris? ²⁾ % oui	8.5%	17.2%	11.2%	11.4%	12.6%	13.8%	17.9%	13.1%
N (nombre de personnes interrogées)	727	1'518	1'354	1'063	951	925	706	7'244
N (extrapolation à la population) ³⁾	400'874	570'269	552'112	500'570	373'621	360'096	294'670	3'052'211

Source: Enquête suisse sur la santé, OFS / exploitation Obsan

Remarques: ¹⁾ Indicateur calculé selon la méthode présentée dans Rüesch et Manzoni, 2003, p. 15²⁾ Recodage: jamais vs. au moins une fois³⁾ Extrapolation pondérée, base pour le pourcentage**Tableau 25: Hommes 2002: Troubles psychiques légers, traitement pour un problème psychique, consultations médicales et hospitalisation, par groupes d'âges**

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total hommes
Troubles psychiques légers ¹⁾	34.9%	28.2%	28.5%	26.5%	25.2%	20.8%	28.2%	27.8%
Avez-vous été en traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois? % oui	1.4%	2.8%	4.0%	3.5%	3.5%	2.1%	1.3%	2.9%
Avez-vous consulté un médecin au cours des douze derniers mois? % oui	73.2%	63.7%	63.4%	67.7%	75.8%	86.8%	91.6%	71.3%
Avez-vous séjourné dans un hôpital ou dans une clinique spécialisée au cours des douze derniers mois, établissement de cure non compris? ²⁾ % oui	7.9%	7.6%	7.0%	9.8%	14.1%	17.2%	22.6%	10.6%
N (nombre de personnes interrogées)	857	1'361	2'059	1'449	1'409	1'065	709	8'909
N (extrapolation à la population) ³⁾	430'144	507'207	605'685	499'569	412'634	274'556	179'390	2'909'185

Source: Enquête suisse sur la santé, OFS / exploitation Obsan

Remarques: ¹⁾ Indicateur calculé selon la méthode employée dans Rüesch et Manzoni, 2003, p. 15²⁾ Recodage: jamais vs. au moins une fois³⁾ Extrapolation pondérée, base pour le pourcentage

Tableau 26: Femmes 2002: Troubles psychiques légers, traitement pour un problème psychique, consultations médicales et hospitalisation, par groupes d'âges

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total Femmes
Troubles psychiques légers ¹⁾	36.0%	34.6%	32.5%	31.4%	29.0%	31.8%	37.6%	33.1%
Avez-vous été en traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois? % oui	4.5%	7.2%	8.0%	7.1%	6.0%	3.2%	3.2%	6.0%
Avez-vous consulté un médecin au cours des douze derniers mois? % oui	80.7%	84.2%	78.6%	77.2%	83.4%	86.4%	88.7%	82.1%
Avez-vous séjourné dans un hôpital ou dans une clinique spécialisée au cours des douze derniers mois, établissement de cure non compris? ²⁾ % oui	7.2%	18.8%	11.1%	9.1%	12.0%	14.0%	21.0%	13.0%
N (nombre de personnes interrogées)	844	1'661	2'143	1'726	1'835	1'473	1'115	10'797
N (extrapolation à la population) ³⁾	414'663	519'977	594'829	493'249	421'989	368'248	294'499	3'108'453

Source: Enquête suisse sur la santé, OFS / exploitation Obsan

Remarques:

¹⁾ Indicateur calculé selon la méthode employée dans Rüesch et Manzoni, 2003, p. 15²⁾ Recodage: jamais vs. au moins une fois³⁾ Extrapolation pondérée, base pour le pourcentage

6 Fréquence des diagnostics de troubles psychiques selon l'Index suisse des diagnostics (SDI)

L'Index suisse des diagnostics (SDI) est une source d'information statistique pour le domaine ambulatoire du système suisse de la santé. Il renseigne sur les diagnostics et les thérapies des médecins établis et permet ainsi d'établir des liens entre les diagnostics et les prescriptions des médecins. L'index présente les fabricants de l'industrie pharmaceutique et les préparations selon les diagnostics, les groupes thérapeutiques et les formes de présentation. Le SDI est établi par la société IHA-IMS-Health, basée à Hergiswil (NW). L'index est utilisé avant tout à des fins de marketing dans le domaine pharmaceutique.

L'index SDI est élaboré à partir d'une enquête partielle menée auprès de médecins établis en Suisse. Il s'agit d'un échantillon aléatoire stratifié, comprenant 263 médecins par trimestre et 526 médecins par semestre. Les informations sont réparties en cinq régions¹⁷ et huit groupes de spécialisation¹⁸. Pendant sept jours consécutifs (= 1 semaine), les médecins sélectionnés notent, dans un questionnaire standardisé, les contacts médecin/patient (y compris les contacts n'ayant donné lieu à aucun traitement médicamenteux), les diagnostics et les médicaments prescrits. L'échantillon est extrapolé à partir du IHA-IMS-Health-Universum. Celui-ci comprend environ 14000 cabinets médicaux enregistrés dans la banque de données de l'IHA-IMS. Le SDI prend en compte plus de 13000 médecins et en omet près de 700.

L'enquête distingue entre les premiers diagnostics et les diagnostics répétés (ou diagnostics sans indication). Les diagnostics reçoivent un code correspondant à la classification CIM-10. Le code doit être si possible donné par le médecin lui-même¹⁹. A chaque diagnostic correspond un code de trois à quatre positions. Deux ou plusieurs diagnostics établis pendant une consultation sont des codiagnostics. Dans ce cas, chaque diagnostic représente un codiagnostic pour les autres diagnostics.

Pour le présent document de travail, nous disposons du nombre de diagnostics à trois positions sur les troubles psychiques²⁰ pendant les années 1999 à 2002, selon le sexe, l'âge (trois groupes) et la spécialisation médicale. Les données suivantes se réfèrent à tous les diagnostics de troubles psychiques (codiagnostics également) qui ont été enregistrés. Plusieurs diagnostics peuvent être établis par traitement et par patient. A la différence du chapitre 4, le groupe de diagnostics G30 n'est pas inclus ici.

¹⁷ 1) Suisse orientale, Nord-Est de la Suisse, Zurich ville; 2) Suisse centrale, Sud-Est de la Suisse, Tessin; 3) Nord-Ouest de la Suisse, Bâle; 4) Mittelland bernois, Berne, Oberland bernois, Valais (d); 5) Jura, Vaud, Valais (f), Genève et environs.

¹⁸ Généralistes, internistes, chirurgiens/orthopédistes, gynécologues/urologues, pédiatres, psychiatres/neurologues, ophtalmologues/ORL, dermatologues. Certains groupes de spécialistes (par ex. anesthésistes, radiologues, etc.) ne sont explicitement pas pris en compte.

¹⁹ Les codes sont donnés par le médecin lui-même, l'Institut IHA-IMS-Health vérifie la plausibilité des données et attribue un code aux diagnostics n'ayant pas reçu de code.

²⁰ Par diagnostics concernant des troubles psychiques, il faut entendre les diagnostics du chapitre C de la CIM-10 (diagnostics F).

Les données de l'index SDI ont cependant des limites. Elles portent en effet sur un échantillon relativement restreint, qui est extrapolé, et il est permis de nourrir certains doutes quant à leur véracité scientifique, dans la mesure qu'elles servent en premier lieu à des fins d'observation du marché et de marketing. Elles forment toutefois la seule source de données sur les diagnostics établis dans les pratiques privées en Suisse et comblent ainsi largement le manque d'information sur les soins médicaux ambulatoires en Suisse.

Le tableau 27 présente l'évolution du nombre de diagnostics de troubles psychiques pour 1000 habitants entre 1999 et 2002 selon le sexe et l'âge des patients. C'est chez les femmes de 15 à 64 ans que les diagnostics de troubles psychiques sont les plus fréquents (1,7 par femme en 2002). Dans l'ensemble, les diagnostics de troubles psychiques sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Seuls les 0-14 ans font exception: pour les années considérées, les diagnostics de troubles psychiques étaient plus élevés chez les garçons que chez les filles. Les différences les plus marquées entre les sexes apparaissent chez les plus de 65 ans. Entre 1999 et 2002, les diagnostics de troubles psychiques sont 1,8 à 2 fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

Selon l'index SDI, les troubles psychiques surviennent le plus souvent pendant la période de vie active, tant chez les femmes que chez les hommes (en 2002, 1,7 chez les femmes et 1,2 chez les hommes). Ils sont suivis juste derrière par les troubles psychiques chez les femmes de plus de 65 ans (également 1,7 fois par femme en 2002). Chez les hommes du même groupe d'âges, les diagnostics de troubles psychiques sont déjà nettement moins nombreux (0,9 par homme). Il est en revanche exceptionnel d'enregistrer des troubles psychiques chez les enfants (en 2002, 0,2 chez les filles et 0,3 chez les garçons).

Tableau 27: Taux de diagnostics (F0-F9) dans les cabinets médicaux entre 1999 et 2002, selon l'âge et le sexe, pour 1000 habitants

		1999	2000	2001	2002	Variation annuelle moyenne en %
Hommes	Total	783	918	929	1'019	9.2
	0 - 14 ans	170	228	145	248	13.4
	15 - 64 ans	935	1'106	1'129	1'233	9.6
	65 ans et +	763	813	904	886	5.1
Femmes	Total	1'223	1'383	1'406	1'478	6.5
	0 - 14 ans	110	124	115	180	17.7
	15 - 64 ans	1'437	1'623	1'651	1'717	6.1
	65 ans et +	1'366	1'610	1'612	1'714	7.9
Total	Total	1'021	1'171	1'192	1'284	7.9
	0 - 14 ans	143	180	135	219	15.3
	15 - 64 ans	1'199	1'381	1'407	1'508	8.0
	65 + ans	1'145	1'297	1'345	1'404	7.0

Source: Index suisse des diagnostics IHA-IMS HEALTH Hergiswil / exploitation Obsan

Pendant les années 1999 à 2002, l'index SDI montre que les diagnostics de troubles psychiques ont augmenté dans tous les groupes d'âges, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le nombre de diagnostics a sensiblement augmenté en 2000 surtout. La hausse la plus marquée en pourcentage a été enregistrée chez les 0-14 ans, où la part de diagnostics F est néanmoins la plus faible.

Les différences entre les sexes apparaissent surtout dans les groupes de diagnostics.²¹ Même si les groupes de diagnostics les plus fréquents se suivent dans le même ordre chez les femmes et chez les hommes – 1) dépressions graves, 2) troubles névrotiques / troubles liés à des facteurs de stress 3) troubles de la personnalité –, ils sont nettement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les femmes souffrent davantage des troubles maniaques / bipolaires, d'autres troubles schizophréniques et de troubles mentaux organiques. Les diagnostics de toxicomanie et d'alcoolisme sont établis plus souvent chez l'homme.

Tableau 28: Taux de diagnostics dans les cabinets médicaux pour 1000 habitants par groupes de diagnostics, selon le sexe, en 2002

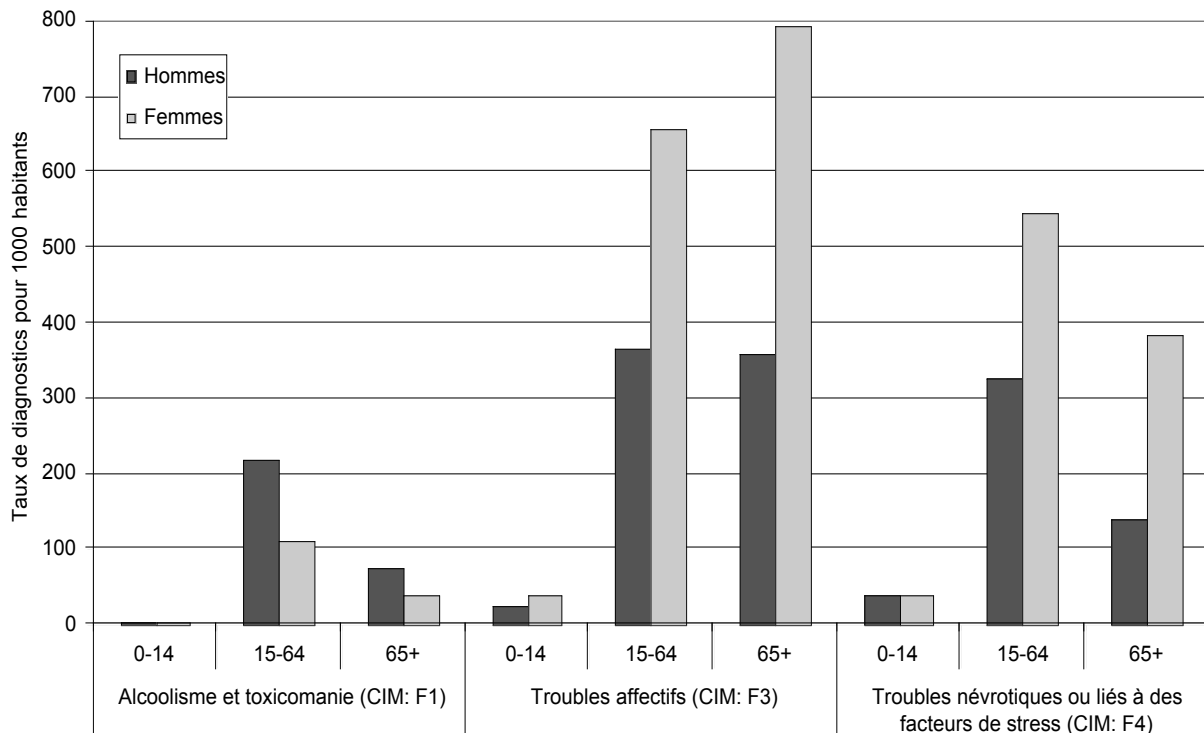
	Hommes	Femmes
Troubles mentaux organiques, démences (CIM: F0)	43.4	65.6
Alcoolisme (CIM: F10)	81.8	41.7
Toxicomanie (CIM: F11-F19)	82.2	38.6
Schizophrénie (CIM: F20)	58.4	56.7
Autres troubles schizophréniques (CIM: F21-F29)	30.5	51.7
Troubles maniaques / bipolaires (CIM: F30-F31)	17.7	32.1
Dépressions majeures et autres (CIM: F32, F33, F34-F39)	288.8	553.0
Troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress (CIM: F4)	251.3	438.7
Troubles de la personnalité (CIM: F6)	94.9	142.4
Autres (CIM: F5, F7-F9)	70.2	57.7
Total diagnostics F	1'019.2	1'478.3

Source: Index suisse des diagnostics IHA-IMS HEALTH Hergiswil / exploitation Obsan

La figure 10 présente le taux de diagnostics pour 1000 habitants selon le sexe et l'âge pour les trois groupes de diagnostics à deux positions les plus fréquents. On remarque que les troubles affectifs sont très souvent diagnostiqués, aussi bien chez les personnes en âge de travailler que chez les plus de 65 ans, mais beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes. A partir de 65 ans, les différences entre les sexes sont beaucoup plus marquées. Les diagnostics de troubles névrotiques ou liés à des facteurs de stress (F4) se rencontrent le plus souvent chez les 15-64 ans. Là aussi, ils sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Dès l'âge de 65 ans, les différences entre les sexes se creusent: les diagnostics de troubles psychiques sont 2,7 fois plus nombreux chez les femmes que chez les hommes. Les troubles psychiques et les troubles du comportement dus à la consommation de substances psychotropes (F1) sont beaucoup plus fréquents chez les hommes, quel que soit le groupe d'âges.

²¹ Le regroupage des diagnostics F a repris la subdivision de l'étude de Rüesch et Manzoni (2003, p. 20).

Figure 10: Taux de diagnostics pour 1000 habitant, selon l'âge et le sexe, de troubles psychiques et de troubles du comportement dus à la consommation de substances psychotropes (F1), de troubles affectifs (F3) et de troubles névrotiques ou liés à des facteurs de stress (F4)



Source: Index suisse des diagnostics IHA-IMS HEALTH Hergiswil / exploitation Obsan

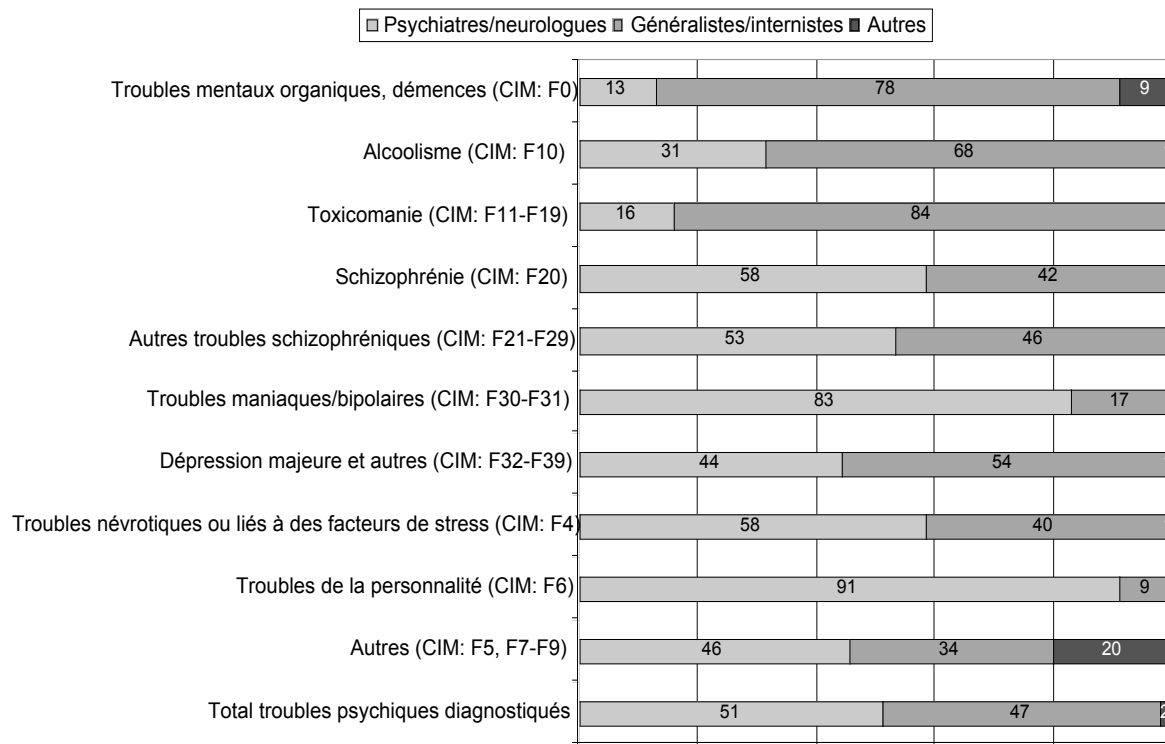
Comme l'ont montré Ajdacic-Gross et Graf (2003), la ventilation des diagnostics SDI par groupes de médecins est riche d'enseignements. Certes, il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure les résultats sont dus à des différences effectives entre les patients ou à des habitudes de diagnostics différentes entre groupes de médecins. La figure 10 met néanmoins en évidence les différences entre les spécialistes. Le texte ci-dessous analysera les groupes de diagnostics déjà présentés ci-dessus et leur part respective chez les psychiatres / neurologues, chez les généralistes et les internistes et dans les autres groupes de médecins.²²

Il ressort de la figure 11 que de tous les diagnostics de troubles psychiques, 51 % sont établis par des psychiatres et des neurologues, 47 % par des généralistes et des internistes et 2 % par d'autres groupes de spécialistes. Dans la plupart des cas, ces autres spécialistes diagnostiquent rarement les troubles psychiques, sauf les troubles mentaux organiques et les démences (F0) (part de 9 %) et les troubles F5 et F7 à F9 (part de 20 %). Les troubles de la personnalité (F6) et les troubles maniaques / bipolaires (F30-F31) sont diagnostiqués le plus souvent par les

²² Médecins spécialisés en chirurgie / orthopédie, gynécologie / urologie, pédiatrie, ophtalmologie / ORL, dermatologie.

psychiatres et les neurologues, tandis que la toxicomanie (F11-F19), l'alcoolisme (F10) ainsi que les troubles mentaux organiques et les démences (F0) sont découverts essentiellement par les généralistes et les internistes.

Figure 11: Pourcentage des diagnostics de troubles psychiques selon les groupes de spécialistes en 2002



Source: Index suisse des diagnostics IHA-IMS HEALTH Hergiswil / exploitation Obsan

7 Vue d'ensemble récapitulative

Le présent document de travail a pour but de présenter les principales sources de données dans le domaine de l'assistance psychiatrique / psychothérapeutique et de servir ainsi de référence à des spécialistes.

Dans une première étape, nous avons examiné en détail les données des différentes associations professionnelles. Celles-ci révèlent qu'entre 1984 et 2002, le nombre de psychothérapeutes non-médecins a augmenté beaucoup plus rapidement que le nombre des médecins psychiatres ou psychothérapeutes, des généralistes et de tous les médecins en pratique privée. Des différences très nettes apparaissent aussi au niveau des soins psychiatriques et psychothérapeutiques entre cantons. Les traitements en dehors du canton ne sauraient cependant a priori indiquer une offre de soins insuffisante.

Dans le chapitre 3, nous nous sommes intéressés aux coûts de l'assurance obligatoire des soins (aos) dans le domaine psychiatrique. Le pool de données de santé suisse a permis d'analyser les coûts des médecins spécialisés en psychiatrie et des cliniques psychiatriques. Les coûts des services psychiatriques des hôpitaux ont également pu être examinés de plus près. Ces données peuvent être exploitées canton par canton selon l'âge et le sexe des personnes assurées. Le pool de données présente des lacunes notamment dans le domaine des prestations psychiatriques des médecins non psychiatres (par exemple médecins de premier recours) et de la psychothérapie déléguée. En outre, le pool de données ne contient aucun chiffre sur les diagnostics de troubles psychiques.

La statistique médicale des hôpitaux a fait l'objet d'une analyse approfondie dans le chapitre 4. Après avoir renvoyé les lecteurs aux tableaux standards publiés par l'OFS et aux résultats de l'étude de Christen et Christen (2003), nous avons regardé de quelle manière les cas psychiatriques étaient répartis entre les différents types d'hôpitaux et entre les différents services des hôpitaux. Les résultats sont présentés selon le sexe, l'âge, le canton-siège de l'institution et le groupe de diagnostics. Ils portent également sur la durée de l'hospitalisation et le pourcentage d'admissions forcées. La statistique médicale des hôpitaux comporte des lacunes dans le domaine hospitalier ambulatoire et au niveau de la codification et du calcul des cas (différences cantonales). Elle ne contient non plus aucune indication socio-économique.

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé montrent que la part de la population souffrant de troubles psychiques a légèrement reculé entre 1997 et 2002, mais que les traitements pour des problèmes psychiques ont augmenté, en particulier chez les femmes. Ils révèlent aussi que les jeunes et les personnes âgées, de sexe masculin surtout, sont insuffisamment soignés.

Le chapitre 6 est consacré à la fréquence des diagnostics de troubles psychiques selon l'Index suisse des diagnostics (SDI). Même s'il est permis de nourrir quelques doutes sur la véracité scientifique de ces données, l'index SDI constitue la seule source de données sur les diagnostics dans le domaine ambulatoire, comblant ainsi l'absence d'informations dans le domaine des soins médicaux ambulatoires en Suisse.

Le présent document de travail a mis en évidence aussi bien la diversité des données existant dans le domaine psychiatrique que les limites de ces sources de données. Il est apparu que les soins psychiatriques «intra-muros» sont mieux documentés que les prestations psychiatriques ambulatoires et que les données du domaine semi-hospitalier sont parfois très mal saisies (dans le pool de données de santésuisse, par exemple, elles sont additionnées avec les prestations hospitalières ambulatoires). Les résultats les plus éloquentes et les conclusions pour la politique de la santé sont présentés dans le résumé au début du présent rapport.

Le présent document de travail n'a pas pour but de formuler des recommandations de politique de santé. A ce sujet, nous renvoyons les lecteurs intéressés aux publications de l'OMS (2001) et du PNS (2004). L'Obsan recommande simplement de mieux exploiter les données existantes et de ne pas limiter l'analyse des soins psychiatriques / psychothérapeutiques à quelques bases de données.

8 Bibliographie

- Ajdacic-Gross, Vladeta; Graf, Martin (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Arbeitsdokument 2. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Beeler, Iris; Lorenz, Sebastian; Szucs, Thomas D. (2003). Provision and remuneration of psychotherapeutic services in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, S. 88-96.
- Paul Camenzind, Claudia Meier (eds. 2004). Les coûts de la santé selon le sexe – analyse différenciée des données pour la Suisse. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Berne : Editions Hans Huber.
- Christen, Lisanne; Christen, Stephan (2003). Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000. Arbeitsdokument 1. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Christen, Lisanne; Christen, Stephan (à paraître en automne/hiver 2004/05). Unfreiwillige Eintritte in psychiatrische Kliniken der Schweiz.
- Christen, Lisanne; Christen, Stephan (à paraître en 2005). Kumulierte Aufenthaltsdauer und Drehtürpsychiatrie. Personenbezogene Analysen stationärer Behandlungen nach einem Record Linkage der Behandlungsdaten.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Ernst, Klaus (2001). Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Konsequenzen. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Finzen, Asmus; Hoffmann-Richter, Ulrike (Hrsg.) (1995). Was ist Sozialpsychiatrie: eine Chronik. Psychiatrie-Verlag.
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie (2003). Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Berne: Editions Hans Huber.
- Horwitz, Allan V. (2002). *The Social Control of Mental Illness*, Percheron Press, New York (1st edition 1982).
- Interpharma (2003). La santé publique en Suisse. Prestations, coûts, prix. Bâle: Pharma Information.
- Office fédéral de la statistique (1997). Statistique des hôpitaux. Conception détaillée. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2002). Informations sur le projet «Statistiques des établissements de santé (soins intra-muros)». Résultats 2000 (tableaux standards). StatSanté 1/2002, Neuchâtel.

- Office fédéral de la statistique (2003a). Statistique médicale. Résultats 1999 (tableaux standards). Actualités OFS, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2003b). Statistique médicale. Résultats 2001 (tableaux standards). Actualités OFS, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2003c). Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers (tableaux standards). Actualité OFS, Neuchâtel.
- Organisation mondiale de la santé OMS (1993). CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève. Dixième Révision.
- Organisation mondiale de la santé OMS (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale—nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève—OMS.
- Politique nationale suisse de la santé PNS (2004). Santé psychique. Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Version de février 2004 (destiné aux prises de position).
- Rossel, Raymond (2002). Coûts du système de santé. Résultats détaillés 2000 et évolution depuis 1995. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Rüesch, Peter; Manzoni, Patrik (2003). La santé psychique en Suisse. Monitoring. Neuchâtel: édition obsan.
- santésuisse (2003). Pool de données: Années de référence 1998 à 2002. Soleure.
- Schöpf, Josef (1996). Psychiatrie für die Praxis. Mit ICD-10-Diagnostik. Berlin: Springer.
- Strotzka, Hans (1973). Einführung in die Sozialpsychiatrie. Rowohlt.
- Tress, Wolfgang; Kruse, Johannes et al. (1999). Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen. In: Bernhard Badura, Johannes Siegrist (Hrsg.). Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim: Juventa, S. 325–338.
- Trojan, Alf; Waller, Heiko (Hrsg.) (1980). Sozialpsychiatrische Praxis. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Üstün, T. Bedirhan; Sartorius, Norman (eds. 1995). Mental Illness in General Health Care. An International Study. Chichester: Wiley.