



**Soins coordonnés à l'interface  
« soins somatiques aigus –  
psychiatrie ou clinique  
psychiatrique » pour les personnes  
atteintes d'une maladie psychique**

Analyse de situation et interventions  
nécessaires

Rapport final

Martina Schlapbach  
Dr. Regula Ruffin

Sur mandat de l'Office fédéral  
de la santé publique (OFSP)

22. mai 2017

## Impressum

Durée :	De novembre 2016 à avril 2017
Période de collecte des données :	Analyse de la littérature spécialisée et entretiens avec des experts De novembre 2016 à mars 2017
Gestion de projet (OFSP) :	Stefanie Johner Unité de direction Politique de la santé
Étude :	<p>L'OFSP a mandaté une entité externe pour réaliser la présente étude afin d'obtenir des réponses indépendantes et scientifiquement fondées à des questions essentielles. L'interprétation des résultats, les conclusions définitives de même que les éventuelles recommandations formulées à l'intention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent donc diverger de l'opinion de l'OFSP.</p> <p>Le projet de rapport a été discuté par l'OFSP et des experts lors d'un atelier d'évaluation. Les commentaires et interventions prioritaires transmis et identifiés à cette occasion ont été pris en compte dans le présent rapport final.</p>
Commande du document :	Unité de direction Politique de la santé Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne <a href="http://www.bag.admin.ch/soins-coordonnes">http://www.bag.admin.ch/soins-coordonnes</a>
Adresse de correspondance :	socialdesign sa Thunstrasse 7, 3005 Berne
Proposition de citation :	Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017), Soins coordonnés à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique » pour les personnes atteintes d'une maladie psychique (rapport final). Socialdesign sa sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), avril 2017, Berne.

## Table des matières

<b>Synthèse .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Introduction .....</b>	<b>7</b>
1.1 Contexte et objectifs .....	7
1.1.1 Méthodologie .....	7
1.1.2 État de la recherche .....	8
1.2 Structure du rapport .....	9
<b>2 Résultats de l'analyse de situation .....</b>	<b>10</b>
2.1 Définition du groupe cible .....	10
2.1.1 Critère de définition « groupes de diagnostic F » .....	10
2.1.2 Réflexions importantes liées à cette définition dans le contexte de la comorbidité .....	10
2.1.3 Mise en contexte dans le paysage des soins .....	11
2.2 Conséquences de la maladie psychique .....	12
2.2.1 Comorbidités physiques .....	12
2.2.2 Recours aux prestations .....	13
2.2.3 Espérance de vie .....	14
2.3 Défis actuels .....	15
2.3.1 Connaissances .....	15
2.3.2 Diagnostic et traitement .....	16
2.3.3 Système de soins et structure .....	19
2.4 Interventions nécessaires .....	22
2.4.1 Connaissances .....	22
2.4.2 Diagnostic et traitement .....	24
2.4.3 Système de soins et structure .....	26
2.5 Résumé .....	30
<b>3 Évaluation de l'analyse de situation .....</b>	<b>33</b>
3.1 Évaluation et compléments .....	33
3.2 Champs d'actions prioritaires .....	36
<b>4 Références bibliographiques et sitographiques .....</b>	<b>40</b>
4.1 Références bibliographiques .....	40
4.2 Références sitographiques .....	46
<b>5 Annexe .....</b>	<b>47</b>
5.1 Comorbidités somato-psychiques .....	47
5.1.1 Comorbidités somatiques accompagnant les troubles psychiques .....	47
5.1.2 Comorbidités psychiques accompagnant les troubles somatiques .....	52
5.2 Partenaires interviewés .....	53
5.3 Guide pour l'interview des experts .....	54
5.4 Participants à l'atelier d'évaluation .....	55

## Table des illustrations

Illustration 1 : domaines de soins du groupe cible .....	11
--	----

## Liste des tableaux

Tableau 1 : vue d'ensemble des domaines thématiques et des champs d'action prioritaires.	5
Tableau 2 : interfaces clés et champs d'action .....	30
Tableau 3 : champs d'action prioritaires .....	37
Tableau 4 : partenaires interviewés .....	53
Tableau 5 : participants à l'atelier d'évaluation .....	55

## Synthèse

### Contexte et objectifs

Depuis l'été 2015, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) gère le projet « soins coordonnés » dans le cadre de la mise en œuvre des priorités de politique de santé inscrites par le Conseil fédéral dans la stratégie « Santé2020 ». La présente analyse de situation effectuée dans ce contexte montre les défis associés à la coordination des soins prodigués à des personnes atteintes d'une maladie psychique associée à une pathologie physique. À partir de ces observations, les champs d'action prioritaires sont ensuite identifiés. Cette analyse de situation offre à l'OFSP une base solide à partir de laquelle il peut définir, avec les acteurs concernés, des mesures concrètes pour améliorer et garantir la coordination des soins à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie ».

### Méthodologie

Les données ont été récoltées au moyen de trois méthodes : une *recherche systématique dans les publications* germanophones et anglophones spécialisées disponibles en ligne dans diverses banques de données et traitant de la médecine, des sciences sociales et des sciences infirmières, *huit entretiens téléphoniques avec des experts* et un *atelier d'évaluation avec des spécialistes* des soins somatiques et des soins psychiatriques. Ces données ont ensuite été analysées selon le principe de triangulation.

### Résultats de l'analyse

#### *Facteurs de la comorbidité somato-psychique*

Les résultats révèlent plusieurs facteurs sources de comorbidité somato-psychique. Ils mettent en évidence à quel point une coordination est nécessaire pour le groupe de patients analysé :

- *Fréquence de la comorbidité* : la recherche empirique montre que plus de 70 % des personnes avec des troubles psychiques graves et près de 73 % des personnes présentant des symptômes dépressifs marqués sont également atteints de troubles physiques sévères.
- *Manifestation de la comorbidité* : les maladies psychiques et physiques peuvent survenir aussi bien indépendamment les unes des autres qu'avec un lien de causalité entre elles. Dans l'ensemble, les manifestations de la comorbidité somato-psychique sont donc très variées. Elles dépendent des facteurs clés que sont les paramètres socio-démographiques (âge, sexe) et médicaux (gravité des troubles, degré de chronicité), dont il faut également tenir compte.
- *Recours aux prestations* : les patients avec un diagnostic psychiatrique (groupes de diagnostics F selon la classification CIM 10) recourent bien davantage que la population générale aux prestations stationnaires de soins somatiques.
- *Espérance de vie* : l'espérance de vie des personnes atteintes d'une maladie psychique est réduite de 10 ans, voire de 25. Un diagnostic et un traitement insuffisants des comorbidités somatiques expliquent en grande partie une espérance de vie plus basse.
- *Intégration dans le système de soins* : compte tenu des nombreuses manifestations différentes de la comorbidité somato-psychique et, partant, de la diversité des itinéraires des patients du groupe cible, les personnes avec une comorbidité somato-psychique se retrouvent dans plusieurs domaines de soins. En conséquence, l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie » doit être examinée sous différents angles. À cet égard, les interfaces aussi bien à l'intérieur des établissements qu'entre ces derniers (dans le domaine stationnaire ou ambulatoire) revêtent une importance cruciale, tout comme les interfaces avec les spécialistes assumant une fonction de coordination et celles avec le groupe cible et leurs proches.

#### *Défis actuels*

Quant à l'analyse des défis actuels, ses résultats viennent renforcer le constat selon lequel il existe un besoin élevé d'interventions pour améliorer la coordination des soins aux patients avec

une comorbidité somato-psychique. Les défis actuels peuvent être classés en quatre domaines thématiques généraux :

- 1) *Stigmatisation et discrimination* : en raison d'une stigmatisation, les maladies somatiques sont nettement moins bien traitées chez les personnes souffrant par ailleurs de troubles psychiques que chez les patients ne présentant pas de tels troubles. Le nombre élevé de cas non recensés de patients qui ne sont pas, ou insuffisamment, traités est imputable à une stigmatisation aussi bien par le patient lui-même que par les tiers et par une discrimination à proprement parler.
- 2) *Connaissances* : en présence de troubles psychiques, la comorbidité constitue la règle plutôt que l'exception. Or, la prise de conscience et le savoir à ce propos sont souvent insuffisants chez les professionnels de la santé et chez les patients. Les spécialistes des soins psychiatriques tout comme leurs collègues des soins somatiques manquent souvent de connaissances interdisciplinaires de base. Chez les patients, les compétences d'autogestion sont également lacunaires. Il n'existe pas suffisamment de vues d'ensemble présentant les offres de soins régionales et d'exemples de bonnes pratiques concernant les soins coordonnés ou servant à une recherche centrée sur le patient.
- 3) *Diagnostic et traitement* : la compréhension et le traitement lacunaires des pathologies somatiques chez les personnes souffrant également de troubles psychiques, les (re)transferts inutiles et les risques élevés en matière de médication constituent des défis majeurs. Les professionnels de la santé assumant une fonction de coordination (en particulier, les médecins de famille, les infirmiers, les psychiatres et les psychologues travaillant en ambulatoire ainsi que les services de consultation-liaison) ne sont pas suffisamment reconnus et soutenus.
- 4) *Système de soins et structure* : il n'existe pas assez de modèles proposant des soins spatialement coordonnés, à savoir des prises en charge institutionnelles somato-psychiques intégrées. De même, la coordination entre les offres stationnaires et ambulatoires est souvent décrite comme lacunaire. Le manque d'incitations financières correspondantes est souvent cité comme cause principale. Autres défis à relever dans ce domaine : l'accès à bas seuil aux soins coordonnés (en particulier pour les patients avec un statut socio-économique peu élevé) et l'implication des proches.

### Champs d'action prioritaires

Les experts interrogés ont identifié plusieurs champs d'action prioritaires au sein des domaines thématiques, qui couvrent des défis actuels particulièrement significatifs :

Tableau 1 : vue d'ensemble des domaines thématiques et des champs d'action prioritaires

Domaine thématique	Champs d'action prioritaires
<b>Stigmatisation et discrimination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en œuvre de mesures du domaine thématique « Connaissances » afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination</li> <li>▪ Lutte contre la stigmatisation auprès du personnel de santé (campagne anti-stigmatisation dans le domaine de la santé)</li> <li>▪ Lutte contre la stigmatisation auprès de la population (campagne anti-stigmatisation)</li> </ul>
<b>Connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promotion des connaissances interdisciplinaires de base par des cours de formation initiale et continue destinés aux professionnels de la santé spécialistes des soins somatiques ou psychiatriques (cours en commun, couvrant toutes les disciplines ou au moins coordonnés entre eux)</li> <li>▪ Incitation à l'acquisition de connaissances interdisciplinaires plus approfondies pour les professionnels de la santé assumant une fonction de coordination</li> <li>▪ Partage de connaissances (vues d'ensemble sur les soins, informations sur les bonnes pratiques) et développement (projets pilote)</li> </ul>

Domaine thématique	Champs d'action prioritaires
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Définition de connaissances somatiques élémentaires comme conditions pour l'accès au modèle de la prescription médicale par les psychothérapeutes</li><li>▪ Promotion de la conformité déontologique et des compétences d'autogestion des patients</li><li>▪ Meilleure prise en compte du point de vue des patients grâce à une recherche centrée sur ces derniers</li></ul>
<b>Diagnostic et traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Soutien et encouragement aux professionnels de la santé assumant une fonction de coordination (en particulier, les médecins de famille, les psychiatres et les infirmiers)</li><li>▪ Diagnostic différentiel et plan de traitement interdisciplinaire</li><li>▪ Application et perfectionnement de la méthodologie et de la collecte de données pour le diagnostic et le traitement de la comorbidité somato-psychique</li></ul>
<b>Système de soins et structure</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Création et promotion d'incitations financières et de modèles de financement attrayants pour les modèles intégrés</li><li>▪ Consolidation de la collaboration interdisciplinaire dans les mandats de prestation</li><li>▪ Promotion de projets pilotes sur la base de financements via la LAMal</li><li>▪ Reconnaissance de l'importance capitale des services de consultation-liaison et assurance de leur financement</li><li>▪ Intégration de la pratique infirmière avancée (PIA) dans le soutien aux personnes atteintes de maladies psychiques ou physiques chroniques</li><li>▪ Implication complète des proches</li></ul>

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte et objectifs

Le projet « soins coordonnés » a été lancé en juillet 2015 dans le cadre de la mise en œuvre des priorités du Conseil fédéral inscrites dans sa stratégie « Santé2020 »<sup>1</sup>. Il vise à développer les structures, les processus et les offres des systèmes de soins ambulatoires et stationnaires de manière à répondre aux défis démographiques et épidémiologiques tout en tenant compte des évolutions médico-techniques. Le projet propose d'analyser la prise en charge d'un groupe spécifique de patients, puis de mettre les analyses de situation détaillées à profit pour améliorer et garantir la coordination de cette prise en charge. Les groupes étudiés dans le cadre du projet se caractérisent par le fait qu'en raison de la spécialisation du domaine médical notamment, ils suivent des traitements simultanés auprès de divers professionnels et institutions. Par ailleurs, ils recourent plus que la moyenne aux prestations du système de santé.

Sur la base de l'analyse de situation<sup>2</sup> concernant les patients (très) âgés et polymorbides aux interfaces du contexte hospitalier, le présent rapport mandaté par l'OFSP analyse la situation des personnes atteintes d'une maladie psychique et souffrant par ailleurs d'une ou plusieurs maladies physiques. Cette étude se concentre ainsi sur l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique » et sur les thèmes liés à la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie psychique associée à des comorbidités physiques. Dans ce contexte, l'étude doit permettre de parvenir aux résultats suivants :

- Une analyse de situation détaillée est disponible sur les soins coordonnés prodigués aux personnes atteintes de maladie psychique en Suisse, et plus particulièrement à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique ». Cette analyse montre les défis actuellement associés à la coordination des soins prodigués à ces patients. Sur cette base, elle identifie les interventions actuellement nécessaires ainsi que les champs d'action prioritaires<sup>3</sup>.
- L'OFSP peut, avec cette analyse de situation, s'appuyer sur une base solide et définir avec les acteurs concernés un plan de mesures prévoyant des initiatives concrètes pour améliorer et garantir la coordination des soins à l'interface étudiée. Mieux coordonner les besoins est un des facteurs clés permettant d'offrir des soins qui répondent davantage aux souhaits du patient et d'utiliser les ressources de façon plus efficiente. À cet égard, il est essentiel de veiller à une complémentarité avec les documents stratégiques de référence actuellement en vigueur dans les différents secteurs des soins<sup>4</sup>.
- L'analyse de situation tient compte des enseignements déjà tirés par l'OFSP et d'autres acteurs pertinents du domaine. Elle contribue ainsi à une mise en œuvre durable du projet « soins coordonnés ».

### 1.1.1 Méthodologie

Différents types de données ont été recueillis et examinés pour l'analyse de situation. Conformément au principe de triangulation, les résultats de l'analyse ont fait l'objet d'une comparaison continue, dont la plausibilité des conclusions a également été vérifiée. Cette méthode permet d'identifier d'éventuelles contradictions ou divergences d'opinion – par exemple entre des professionnels assumant différentes fonctions ou entre les avis recueillis lors d'entretiens et les évaluations de la littérature spécialisée – puis de formuler des interprétations et des recommandations à cet égard.

<sup>1</sup> Cf. BAG 2017a ; BAG 2017b ; BAG 2016b.

<sup>2</sup> Cf. BAG 2015b ; BAG 2016a.

<sup>3</sup> Cette analyse de situation prévoit la réalisation d'un état des lieux des thématiques concernées. Néanmoins, il n'a pas été possible de procéder à un approfondissement des problématiques de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cette question sera examinée en détail par une autre étude de l'OFSP.

<sup>4</sup> Cf. entre autres BAG 2015a, 2015c, 2016d, 2016e ; EDI 2016.



Les méthodes suivantes ont été employées pour recueillir les données et vérifier la plausibilité des résultats :

- *Recherche systématique dans les publications existantes* : cette recherche se fait de manière itérative dans la littérature spécialisée publiée en allemand et en anglais dans les domaines de la médecine, des sciences sociales et des sciences infirmières. Une recherche systématique sur la base de mots-clés (un seul terme ou une combinaison de mots)<sup>5</sup> a été effectuée dans les banques de données en ligne (Cochrane-Library, Embase, Medline, PsycInfo, Psyn dex, PubMed, PubPsych), les banques de données des bibliothèques (Nebis), sur Google scholar et via le moteur traditionnel de Google. Ont également été pris en compte les ouvrages conseillés par les experts interviewés et par d'autres spécialistes<sup>6</sup> consultés à ce propos.
- *Entretiens téléphoniques avec des experts* : des entretiens de fond ont été menés avec huit experts. Ils ont permis d'étoffer l'analyse de situation en y intégrant différents points de vue institutionnels et spécialisés tout en établissant un lien direct avec la pratique. Ces entretiens téléphoniques ont été conduits conformément à un guide prévu à cet effet. Le contenu des comptes rendus condensés de ces entretiens a été évalué, et les résultats de cet examen ont été présentés dans un rapport sous une forme anonymisée. La liste des personnes interrogées et le guide utilisé à cet effet se trouvent en annexe.
- *Atelier d'évaluation* : les résultats de cette analyse bibliographique et des entretiens téléphoniques ont été évalués lors d'un atelier réunissant une équipe interdisciplinaire d'experts. À cette occasion, les champs d'action principaux ont également été discutés et classés selon un ordre de priorité. La liste des personnes participant à cet atelier d'évaluation figure également en annexe.

### 1.1.2 État de la recherche

L'objet de la présente analyse de situation est considéré comme particulièrement pertinent, aussi bien par la littérature spécialisée que par les experts consultés sur la question. En outre, il semble y avoir, parmi les auteurs des études existantes et les experts consultés, un consensus quant au fait que ce domaine reste insuffisamment traité. Ce constat concerne aussi bien la recherche sur les comorbidités en général que sur le cas spécifique des maladies psychiques auxquelles viennent s'ajouter des pathologies somatiques. À noter qu'il existe toutefois davantage d'études sur les comorbidités où la maladie de départ est somatique.

Selon les experts interrogés, la relative rareté des recherches sur les comorbidités dans le cas de maladies psychiques associées à des pathologies somatiques s'expliquerait en particulier par le haut degré de spécialisation des disciplines médicales. Compte tenu de cette spécialisation marquée, les problématiques interdisciplinaires qui sous-tendent la recherche sur la comorbidité n'ont – d'un point de vue académique également – qu'un attrait limité. Par ailleurs, la majorité des études s'intéressent à la comorbidité somato-psychique sous l'angle spécifique du diagnostic, et les analyses globales ou liées au système de soins sont plutôt rares. Font toutefois exception quelques récentes études anglo-saxonnes qui se sont penchées en détail sur des problématiques de prise en charge dans le contexte de la comorbidité somato-psychique. Selon les experts, l'intérêt britannique pour ces thématiques est, entre autres, lié à la structure du système de santé outre-Manche (notamment en termes de financement).

---

<sup>5</sup> Les termes suivants (en allemand) ont été saisis dans les masques de recherche : *Komorbidität* (comorbidité), *komorbid* (comorbide), *psychisch* (psychique), *somatisch* (somatique), *akutsomatisch* (somatique aigu), *körperlich* (physique), *stationär* (stationnaire), *somatopsychische Komorbidität* (comorbidité somato-psychique), *Differenzialdiagnose* (diagnostique différentiel), *Medikation* (médication). Les équivalents anglais suivants ont également été introduits : *comorbidity*, *psychiatric*, *somatic*, *physical*, *clinical*, *mental disorders*, *somatic diseases*, *mental-physical comorbidity*, *medication*.

<sup>6</sup> Des recommandations bibliographiques supplémentaires ont été demandées aux experts suivants au vu de leurs publications dans le domaine spécialisé : P<sup>r</sup> Martin Härter (Université de Hambourg), P<sup>r</sup> Simone Munsch et D<sup>r</sup> Nadine Messerli (Université de Fribourg, Suisse).

Au niveau suisse, on renverra à l'étude « La sécurité des patients dans les soins des malades psychiques »<sup>7</sup> (2015), qui comprend un état des lieux et un plan d'action. Celle-ci mentionne notamment les « erreurs au niveau des interfaces » comme étant l'un des neuf domaines thématiques nécessitant une intervention. Cette étude montre l'importance que revêt pour les patients la coordination des soins entre les établissements de soins somatiques et ceux de soins psychiatriques. Il convient également de renvoyer à l'étude « Avenir de la psychiatrie en Suisse »<sup>8</sup>, qui formule des recommandations importantes concernant le développement des structures de l'offre ambulatoire, intermédiaire et stationnaire pour les personnes atteintes d'une maladie psychique. Le présent texte, avec sa focalisation spécifique sur les personnes atteintes d'une maladie psychique associée à une pathologie physique, se base sur ladite étude.

Il existe globalement entre la recherche et les soins prodigués (pratique clinique) un lien étroit, dont la présente analyse de situation tient compte. D'une part, l'état actuel de la recherche montre qu'il est essentiel d'intégrer les professionnels dans l'analyse de façon directe, au moyen d'entretiens et d'ateliers. D'autre part, les défis relatifs à la prise en charge soulignés dans la présente analyse sont souvent, directement ou indirectement, imputables à une recherche lacunaire.

## 1.2 Structure du rapport

Les résultats de l'analyse, basés sur l'étude des publications susmentionnées et sur les entretiens menés avec des experts, sont présentés au chap. 2. Dans un premier temps, le groupe cible considéré pour les comorbidités analysées ici est défini et placé dans le contexte de la prise en charge (chap. 2.1). Les effets des maladies psychiques sur la santé physique, l'intensité des soins requis et l'espérance de vie sont traités dans le chap. 2.2. Les deux chapitres suivants s'intéressent aux défis actuels tels qu'identifiés dans la littérature spécialisée et par les experts (chap. 2.3) ainsi qu'aux mesures qui paraissent dès lors nécessaires (chap. 2.4). Un condensé de ces dernières, axé sur les interfaces clés, est alors proposé (chap. 2.5). Le chap. 3 évalue quant à lui l'analyse de situation proposée dans les précédents chapitres en se basant sur l'atelier d'évaluation. Le chap. 3.1 débute avec les éléments cités lors de l'atelier en complément ou en sus des constats de l'analyse de situation. Viennent ensuite les champs d'action identifiés comme prioritaires lors de cet atelier (chap. 3.2). Dans les références bibliographiques et sitographiques ainsi qu'en annexe, le lecteur trouvera toutes les indications concernant les sources utilisées.

---

<sup>7</sup> Cf. Mascherek/Schwappach 2015.

<sup>8</sup> Cf. EDI 2016.

## 2 Résultats de l'analyse de situation

### 2.1 Définition du groupe cible

Dans ce chapitre, le groupe cible est défini plus en détail sur la base du diagnostic psychiatrique, de la comorbidité somato-psychique et de son intégration dans le système de soins.

#### 2.1.1 Critère de définition « groupes de diagnostic F »

Le groupe cible de la présente analyse englobe des personnes atteintes d'une maladie psychique, traitées dans le secteur stationnaire et souffrant parallèlement d'une ou plusieurs pathologies physiques. Notre analyse se concentrant sur les personnes avec des troubles psychiques, il convient d'abord de définir le groupe cible sur la base des diagnostics psychiatriques. La « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM-10) distingue les catégories suivantes (chapitre F)<sup>9</sup> :

- F00-F09 troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (démence, délire et autres syndromes cérébraux organiques) ;
- F10-F19 troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (abus d'alcool ou d'autres substances psycho-actives / de drogues et alcoolisme ou dépendance aux substances psycho-actives / aux drogues) ;
- F20-F29 schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (les diverses formes de la maladie) ;
- F30-F39 troubles de l'humeur [affectifs] (dépressions, manies, troubles bipolaires) ;
- F40-F48 troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, symptômes somatoformes) ;
- F50-F59 syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles du comportement alimentaire, troubles de la fonction sexuelle, insomnie) ;
- F60-F69 troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité émotionnellement labile, personnalité paranoïde, contrôle et régulation limités des impulsions) ;
- F70-F79 retard mental (de différents degrés) ;
- F80-F89 troubles du développement psychologique (troubles de développement du langage et de l'élocution, des acquisitions scolaires, du développement moteur) ;
- F90-F98 troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (troubles hyperkinétiques, troubles du fonctionnement social, tics).

Le diagnostic est déterminant pour la sélection du traitement ou de l'offre appropriés. Dans de nombreux cantons, cette classification fondée sur ces groupes F sert de base à la planification hospitalière<sup>10</sup>. Elle est également utilisée comme critère de définition primaire du groupe cible.

#### 2.1.2 Réflexions importantes liées à cette définition dans le contexte de la comorbidité

La présente analyse s'intéressant prioritairement aux comorbidités somatiques chez les personnes atteintes d'une maladie psychique, il convient de tenir compte de considérations supplémentaires pour la définition, qui découlent du contexte propre aux comorbidités étudiées et permettent dès lors une définition plus précise du groupe cible.

<sup>9</sup> Cf. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2016.

<sup>10</sup> Cf. Jörg/Ruffin 2016.

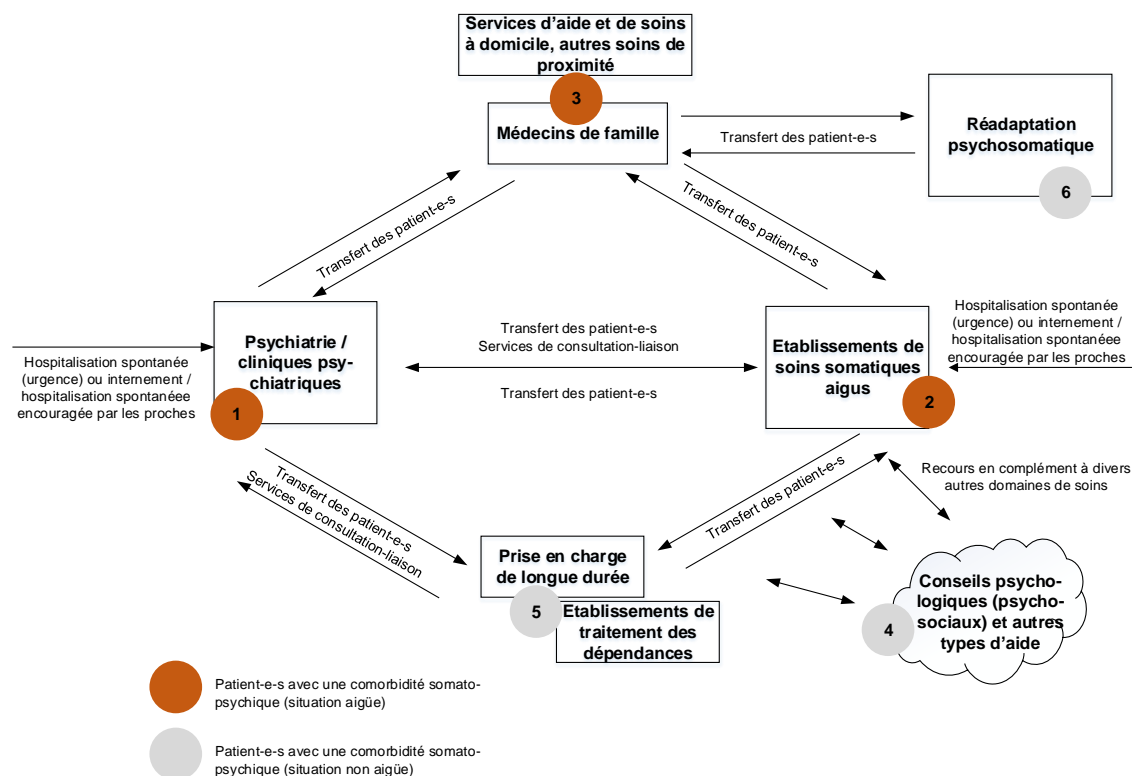
La comorbidité – ou présence simultanée de plusieurs pathologies – est un phénomène fréquent en cas de maladie psychique. Plus de 70 % des personnes avec des troubles psychiques graves et près de 73 % des personnes présentant des symptômes dépressifs marqués sont également atteints de troubles physiques sérieux<sup>11</sup>. Les experts suggèrent ainsi que les comorbidités physiques sont plutôt la règle que l'exception chez les patients présentant des pathologies psychiques<sup>12</sup>. Or, les maladies psychiques et les maladies physiques peuvent survenir avec ou sans lien de causalité entre elles.

En matière de comorbidité somato-psychique, il convient en premier lieu de considérer l'interaction entre les dimensions psychiques et physiques de la santé. Ainsi, des pathologies psychiques peuvent se déclarer avant l'apparition de symptômes ou de pathologies physiques. À l'inverse, des maladies somatiques – ou leur traitement – peuvent entraîner des difficultés ou des troubles sur le plan psychique<sup>13</sup>. Il n'existe donc pas ici de principe de causalité généralement applicable. Compte tenu de la diversité des circonstances à l'origine de pathologies psychiques et physiques, il faut impérativement intégrer dans l'analyse les personnes atteintes d'une maladie somatique présentant parallèlement des comorbidités psychiques. Ce principe vaut d'autant plus que les indications thérapeutiques et la gravité de la (des) maladie(s) peuvent évoluer au fil du temps et que le diagnostic doit être adapté.

### 2.1.3 Mise en contexte dans le paysage des soins

À la lecture des explications proposées ci-dessus à des fins de définition, on constate que le groupe cible des personnes avec une comorbidité somato-psychique se retrouve dans plusieurs domaines de soins. Il s'agit principalement des cinq domaines mis en évidence dans l'illustration ci-dessous.

Illustration 1 : domaines de soins du groupe cible



<sup>11</sup> Cf. Schuler et al. 2016.

<sup>12</sup> Cf. Miro 2009, Norman 2013, Sprah 2017, Treasure et al. 2009, Von Korff et al. 2009.

<sup>13</sup> Cf. Schuler et al. 2016.

L'analyse tient compte des considérations suivantes relatives aux caractéristiques des domaines de soins :

- Les personnes avec un diagnostic psychiatrique ne sont pas uniquement traitées dans des cliniques psychiatriques ou dans les services psychiatriques d'établissements hospitaliers prioritairement axés sur les soins somatiques, mais également dans les unités somato-psychiques et somatiques des hôpitaux de soins somatiques aigus. En outre, il existe des personnes qui nécessitent des soins somatiques stationnaires aigus et présentent par ailleurs des troubles psychiques. Au vu de ces configurations, l'analyse doit tenir compte de l'ensemble des cas traités dans un cadre stationnaire<sup>14</sup>.
- Pour appréhender le groupe cible dans son ensemble, l'analyse doit également porter sur les interfaces entre l'hôpital et les soins ambulatoires (médecins de famille en premier lieu). Les chaînes de prise en charge sont ici complexes ; il ne faut donc pas s'en tenir à une distinction stricte entre soins stationnaires et ambulatoires. Selon les études spécialisées, les médecins de famille, qui dirigent leurs patients aussi bien vers les établissements de soins somatiques aigus que vers les cliniques psychiatriques, jouent un rôle central en ce qui concerne la comorbidité somato-psychique. Les mesures éventuellement nécessaires au niveau de ces interfaces seront également abordées dans la présente analyse.
- Les patients considèrent les conseils psychologiques (psychosociaux) comme une offre complémentaire aux différentes prestations de soins (prévention et dépistage précoce ou traitement de suivi). La présente analyse s'intéressera aussi aux éventuelles mesures nécessaires au niveau de ces interfaces.
- Dans les institutions de soins de longue durée (maisons de retraite et établissements médico-sociaux), dans les institutions résidentielles de traitement des dépendances et dans les établissements de réadaptation psychosomatique, l'état somatique du patient est en général stabilisé, et la personne ne nécessite pas de soins aigus. Le suivi peut donc se limiter aux soins infirmiers (maison de retraite ou établissement médico-social), à une prise en charge thérapeutique ou à un traitement de réhabilitation (réadaptation psychosomatique). Même lorsque des comorbidités surviennent dans ce contexte, elles ne relèvent pas de l'interface psychiatrie – somatique aigüe. La présente analyse ne se penchera donc pas davantage sur ces domaines de soins. Il convient toutefois de noter que l'organisation du système de soins peut varier d'un canton à l'autre et que certains groupes de patients présentant une comorbidité peuvent déjà bénéficier d'un traitement à un autre échelon du système cantonal de soins.

## 2.2 Conséquences de la maladie psychique

Ce chapitre traite des effets de la maladie psychique sur la santé physique, du recours aux prestations de soins ainsi que de l'espérance et de la qualité de vie.

### 2.2.1 Comorbidités physiques

Les maladies psychiques s'accompagnent souvent de pathologies physiques. Quelle que soit la pathologie concernée, une partie importante des patients atteints de troubles somatiques présente des comorbidités. Chez les personnes souffrant de troubles psychiques, le risque d'affection somatique chronique et de complications aiguës est plus élevé. Plus de 70 % des personnes avec des difficultés psychiques graves sont par ailleurs atteintes de troubles physiques sévères<sup>15</sup>. En moyenne, 30 à 50 % des personnes bénéficiant de soins psychiatriques présentent en outre des comorbidités somatiques importantes<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Cf. Schuler et al. 2016.

<sup>15</sup> Cf. Schuler et al. 2016.

<sup>16</sup> Cf. EDI 2016, Schwarze/Steinauer 2016 (en lien avec Felker et al. 1996, Koran et al. 2002).

Les comorbidités somato-psychiques présentent des tableaux cliniques et des évolutions chronologiques très contrastées. Comme mentionné précédemment, les maladies psychiques et les maladies physiques peuvent survenir avec ou sans lien de causalité entre elles. Lorsqu'un tel lien de causalité existe, le risque de pathologies physiques additionnelles varie en fonction de la maladie psychique concernée. On observe, par exemple, que le groupe de diagnostic F5 (dont font partie les troubles du comportement alimentaire) affiche la plus forte intensité de soins somatiques. Ici, le nombre de jours de traitement somatique est presque treize fois plus élevé que celui d'un groupe de population témoin présentant des caractéristiques similaires (âge et sexe)<sup>17</sup>. Selon les statistiques des services de consultation-liaison, les pathologies les plus fréquemment accompagnées de comorbidités physiques sont les suivantes : troubles somatoformes, troubles liés à l'alcool, au délire ou à la démence, états dépressifs, troubles de l'adaptation et troubles anxieux. Lors des entretiens, les experts ont souligné la présence de comorbidités physiques marquées chez les personnes atteintes de schizophrénie chronique.

Le degré de comorbidité dépend en particulier de facteurs socio-démographiques (âge, sexe) et de paramètres médicaux (gravité des troubles, degré de chronicité). Les hommes célibataires et les personnes dont la gravité des troubles est moindre sont ainsi beaucoup moins fréquemment sujets à des troubles psychiques que les femmes célibataires ou les personnes souffrant de pathologies somatiques plus sévères. De même, plus le patient est âgé, plus le risque de comorbidité croît. De manière générale, les polymorbidités sont plus fréquentes chez les seniors<sup>18</sup>.

Vous trouverez en annexe (chap. 5.1) un aperçu plus précis d'exemples de comorbidités physiques accompagnant, selon l'état des connaissances actuelles de la littérature spécialisée<sup>19</sup>, les maladies psychiques. Les exemples sont classés par groupes de diagnostic F.

### 2.2.2 Recours aux prestations

Quel que soit le groupe F dans lequel leur pathologie est classée, les patients atteints d'un trouble psychique recourent davantage que la population générale aux prestations stationnaires de soins somatiques. On peut donc en déduire que la maladie psychique suffit en elle-même à entraîner une utilisation intensive des soins somatiques (comparativement aux personnes ne souffrant pas de troubles psychiques)<sup>20</sup>. Selon les experts interrogés, la nécessité d'une coordination est particulièrement élevée pour les personnes atteintes d'une comorbidité somato-psychique en situation d'urgence ; dans ce cas de figure, le besoin de coordination est encore plus important lorsque la maladie entraîne une agressivité envers soi-même ou autrui (psychose et schizophrénie, en particulier).

Ces dix dernières années, le nombre de personnes suivant un traitement psychiatrique ambulatoire a nettement augmenté<sup>21</sup>. Ce constat ne vaut pas uniquement en termes absolus mais s'applique également au ratio annuel de patients traités par médecin. En général, les personnes souffrant de troubles psychiques consultent plus fréquemment un médecin que les personnes sans difficulté psychique. Les consultations médicales sont en outre particulièrement fréquentes chez les patients souffrant simultanément de difficultés psychiques et physiques<sup>22</sup>.

Dans leur analyse des chaînes de traitement, Widmer/Kohler (2015) montrent qu'en général, après un séjour dans un hôpital de soins somatiques aigus, 10 % environ des personnes continuent de bénéficier d'une prise en charge stationnaire. Près de la moitié d'entre elles (4 % du total) sont réhospitalisées dans les dix jours suivants. L'autre moitié (5 % du total) est prise en charge dans une clinique de réadaptation. Seule une minorité (1 %) est transférée vers une clinique psychiatrique. Une prise en charge post-hospitalière par des prestataires de soins à

<sup>17</sup> Cf. Frick/Frick 2010, p. 34

<sup>18</sup> Cf. BAG 2016a ; Berger/Agyemang 2015, pp. 761-762.

<sup>19</sup> Cf. BAG 2016c ; Berger/Agyemang 2015, Frick/Frick 2010, Kasper/Blanz 2016, Schuler et al. 2016, Schwarze/Steinauer 2016 et Stieglitz/Volz 2007.

<sup>20</sup> Cf. Frick/Frick (2010), p. 34.

<sup>21</sup> Cf. Schuler et al. 2016.

<sup>22</sup> Cf. Schuler et al. 2016.

domicile ou dans un établissement médico-social (3 % du total des hospitalisations) est presque aussi fréquente qu'un suivi en clinique de réadaptation. Cette prise en charge concerne surtout les patients âgés qui ont besoin de prestations ne relevant pas des soins hospitaliers aigus. Les travaux de Widmer/Kohler montrent clairement que dans certains contextes, le recours aux prestations augmente avec le temps. C'est le cas pour les soins à domicile après hospitalisation ou pour les chaînes de traitement « somatique aigüe – réadaptation – somatique aigüe » à plusieurs niveaux. En revanche, le nombre des autres types de prises en charge et suivis post-hospitaliers reste stable sur la durée. L'analyse de Widmer/Kohler n'a pas pu évaluer dans quelle mesure ces tendances étaient liées à certaines caractéristiques des patients (âge, polymorbidité, etc.). De même, l'éventuelle influence exercée par l'évolution démographique (vieillesse de la population) n'a pas été étudiée<sup>23</sup>.

### 2.2.3 Espérance de vie

L'espérance de vie des personnes atteintes d'une maladie psychique est réduite de 10 ans, voire 25<sup>24</sup>. Les maladies psychiques sont le principal facteur de risque de suicide<sup>25</sup>. Pour autant, les suicides n'expliquent que partiellement la réduction de l'espérance de vie chez ces personnes. En effet, en termes relatifs, le risque de mort naturelle est deux fois plus élevé que dans la population générale<sup>26</sup>. La réduction de l'espérance de vie s'explique principalement par les comorbidités physiques telles les maladies cardio-vasculaires (notamment imputables aux effets secondaires des psychotropes), par une tendance à mener un style de vie négligé et par un manque de prise en charge médicale générale<sup>27</sup>. Les études montrent que la réhabilitation est plus complexe et moins fructueuse dans le cas de personnes atteintes d'une maladie psychique et souffrant parallèlement d'une pathologie physique.

L'exemple de la schizophrénie illustre bien l'influence d'une maladie psychique sur l'espérance de vie : comparativement à la population générale, les personnes schizophrènes vivent neuf à dix ans de moins<sup>28</sup>. Même en tenant compte du taux de mortalité par suicide, le taux de décès par mort naturelle demeure presque deux fois plus élevé chez ces patients que dans la population témoin. Cette proportion accrue de mort naturelle s'explique par un taux de maladie plus important ou par une plus forte mortalité due à des pathologies somatiques. Ainsi, chez les personnes atteintes de troubles schizophréniques sévères, 60 % des décès prématurés sont dus à des pathologies cardio-vasculaires, broncho-pulmonaires ou infectieuses<sup>29</sup>.

Frick/Frick (2010) renvoient à des études menées aux États-Unis selon lesquelles la surmortalité (taux de mortalité supérieur à la moyenne) observée chez les personnes atteintes d'une maladie psychique s'explique en grande partie – du moins dans ce pays – par une moins bonne qualité dans le traitement de la comorbidité somatique<sup>30</sup>. Ce constat est complété par une analyse écossaise consacrée à la mortalité des personnes souffrant de troubles psychiques. Elle met toutefois plutôt en avant des facteurs comportementaux du côté des patients (pourcentage de fumeurs plus élevé et activité physique moins importante que dans le reste de la population). Ces facteurs peuvent également expliquer une partie non négligeable de la surmortalité susmentionnée<sup>31</sup>. Selon Frick/Frick, il serait judicieux d'examiner dans quelle mesure ces deux éléments s'appliquent également à la situation des personnes concernées en Suisse.

---

<sup>23</sup> Cf. Widmert et al. 2015.

<sup>24</sup> Cf. Schwarze/Steinauer 2016.

<sup>25</sup> Schuler et al. 2016, p. 13.

<sup>26</sup> Cf. Harris 1998.

<sup>27</sup> Schuler et al. 2016, cf. également Interface 2015, p. 16.

<sup>28</sup> Cf. Schwarze/Steinauer 2016, cf. également Norman 2013.

<sup>29</sup> Cf. Schwarze/Steinauer 2016.

<sup>30</sup> Cf. Druss, Bradford et al. 2001 in : Frick/Frick 2010.

<sup>31</sup> Cf. Hamer, Stamatakis et al. 2008 in : Frick/Frick 2010.

## 2.3 Défis actuels

Ce chapitre expose les défis actuels à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie » pointés par la littérature spécialisée et les experts interrogés. Ces défis sont classés en trois domaines thématiques généraux : connaissances, diagnostic et traitement, système de soins et structure. Cette classification s'inspire des catégories utilisées dans les publications spécialisées consultées, qui examinent souvent la problématique sous l'angle de la science, de la pratique clinique et de la politique de santé<sup>32</sup>. Il existe des liens étroits entre les défis, tous domaines thématiques confondus. Le présent texte y fera référence sans toutefois élaborer un modèle détaillé explicitant les relations de cause à effet. Il sera également fait mention – pour les défis concernés – des éventuelles évaluations divergentes ou contradictoires constatées dans les études ou à l'occasion des entretiens.

### 2.3.1 Connaissances

Souvent, les professionnels de la santé et les patients (potentiels) sont insuffisamment informés de l'existence de comorbidités physiques chez les personnes atteintes d'une maladie psychique. Les comorbidités somato-psychiques constituant la règle plutôt que l'exception, ce manque de connaissance constitue un thème majeur présentant divers défis.

#### Prise de conscience insuffisante chez les patients (potentiels)<sup>33</sup>

- *Connaissances au sein de la société* : la société est globalement encore peu familière des interactions entre la santé (ou les pathologies) psychique et la santé physique.
- *Transfert de connaissances aux patients* : les personnes concernées sont souvent insuffisamment informées à la fois de la survenance simultanée de pathologies psychiques et somatiques, et des traitements possibles. De manière générale, les compétences favorisant l'autogestion des patients ne sont pas assez développées.
- *Prévention primaire lacunaire* : compte tenu du manque de connaissance de la population et du groupe cible envisagé, les opportunités de prévention primaire et de détection précoce ne sont pas ou trop peu exploitées.

#### Compétences interdisciplinaires lacunaires parmi les professionnels en raison d'un degré élevé de spécialisation<sup>34</sup>

- *Connaissances globales* : qu'ils se consacrent plutôt à la somatique ou la psychiatrie, les professionnels de la santé sont aujourd'hui hautement spécialisés. En conséquence et quel que soit leur domaine de spécialisation, ils manquent souvent à la fois de connaissances en matière de prise en charge holistique des patients et d'un savoir interdisciplinaire de base. Ainsi, en psychiatrie, les professionnels se concentrent par exemple sur leur mandat dans le contexte psychiatrio-clinique et négligent fréquemment le tableau clinique somatique. De manière générale, les compétences interdisciplinaires utiles au diagnostic et au traitement de comorbidités somato-psychiques sont insuffisamment développées (formation initiale et continue) et mises en pratique.
- *Évaluations divergentes* : tous les auteurs d'études et les experts consultés n'évaluent pas ces défis de la même manière. Certains experts estiment que cette tendance à la spécialisation exerce dès le stade de la formation un effet nettement défavorable à une prise en charge globale des patients, ce qui entrave à son tour la détection et le traitement de comorbidités somato-psychiques. Ces experts évoquent par ailleurs l'approche traditionnelle de Jaspers, qui part du principe que les diagnostics doivent être traités l'un après l'autre. D'autres experts affirment quant à eux que les esprits sont mieux sensibilisés à la

<sup>32</sup> Cf. notamment BAG 2015c, Collins et al. 2013, Fleischhaker et al. 2008, Mascherek/Schwappach 2015, Stiglitz/Volz 2007, von Korff et al. 2009. De Hert et al. (2011b) analysent la problématique au niveau de l'individu et au niveau du système.

<sup>33</sup> Cf. BASS 2016, Messerli-Bürgy/Muntsch 2016.

<sup>34</sup> Cf. BASS 2016; De Hert, Marc et al. 2011b, Messerli-Bürgy/Muntsch 2016, Norman 2013 et Schwarze/Steinauer 2016.



problématique des comorbidités, de sorte que les professionnels – qu'ils exercent dans le domaine somatique ou psychiatrique – disposent désormais dans l'ensemble de connaissances de base sur le tableau clinique des maladies aussi bien somatiques que psychiques.

- *Rôle clé du médecin de famille* : les experts estiment qu'il revient en particulier à la médecine de premier recours de s'orienter vers une prise en charge et un traitement holistiques. Or, il existe de grandes différences entre la sensibilisation des médecins de famille et des pédiatres à la thématique des maladies psychiques et les compétences existantes de prise en charge des patients concernés. Une des problématiques fréquentes réside dans le fait que, s'agissant des soins de base, les patients se voient prescrire (exclusivement) un traitement psychotrope, pendant une durée trop longue et sans être redirigés, ou uniquement tardivement, vers un traitement psychiatrique spécialisé<sup>35</sup>. Il en résulte un autre défi : celui d'assurer, dans le système de soins actuel, une certaine perméabilité et une collaboration entre les domaines de soins ambulatoires et (partiellement) stationnaires.
- *Connaissances pratiques lacunaires* : les experts interrogés relèvent certaines incertitudes dans la pratique médicale liées au manque de compétences interdisciplinaires. Ainsi, les lacunes en matière de connaissances théoriques et, surtout, d'expérience pratique se traduisent par un manque d'intérêt et des réticences vis-à-vis d'une approche globale des comorbidités somato-psychiques. Les experts citent l'exemple de la réanimation, souvent ressentie comme un cauchemar ou un véritable tour de force par les professionnels de la psychiatrie. De même, les professionnels des soins somatiques ne savent souvent pas comment gérer un patient présentant des symptômes psychiatriques aigus (troubles de l'alimentation, en particulier).

#### Lacunes en matière de recherche<sup>36</sup>

- *Lien entre la recherche et la pratique* : les experts renvoient à l'état actuel de la recherche (cf. chap. 1.1.2.), qui semble généralement accorder peu de place au thème de la comorbidité somato-psychique. Les défis à relever dans la pratique clinique et la prise en charge sont souvent étroitement liés à un manque de recherche basée sur des données scientifiques dans le domaine. Dès lors, les défis qui se posent en termes scientifiques et cliniques doivent toujours être considérés et analysés conjointement.

#### 2.3.2 Diagnostic et traitement

Non seulement les personnes atteintes d'une maladie psychique sont exposées à un risque accru de pathologies physiques, mais la probabilité que le diagnostic médical et le traitement soient incomplets est nettement plus élevée dans cette population. Cette problématique constitue un autre thème majeur présentant différents défis.

#### Complexité des comorbidités somato-psychiques<sup>37</sup>

- *Tableaux cliniques complexes* : les comorbidités somato-psychiques se caractérisent par leur diversité et leur grande complexité, ce qui constitue un défi majeur en termes de diagnostic. Or, il n'est pas possible d'énoncer un lien général entre maladie psychique et comorbidité somatique. Plusieurs troubles psychiques peuvent être associés à différentes pathologies physiques. En particulier, la complexité des tableaux cliniques psychopathologiques rend le diagnostic somatique et la thérapie nettement plus difficiles. Par ailleurs, la présence de comorbidités psychiques additionnelles – un cas de figure fréquent lors de troubles psychiques – constitue un défi supplémentaire.
- *Superposition de symptômes* : certains symptômes peuvent avoir une cause psychique ou somatique, parfois les deux à la fois. Dans ce contexte, le diagnostic est moins aisé, et l'attribution du symptôme à l'un ou à l'autre cas est plus complexe. Ce phénomène accentue le risque de négliger un trouble psychique au moment de la prise en charge médicale ou une pathologie somatique au moment de la prise en charge psychiatrique. Ce problème se pose

<sup>35</sup> Cf. BASS 2016.

<sup>36</sup> Cf. Berger/Agyemang 2015, Miro 2009.

<sup>37</sup> Cf. Berger/Agyemang 2015, Messerli-Bürgy/Munsch 2016, Schwarze/Steinuer 2016.

en particulier lors de symptômes somatiques de la dépression, par exemple : ils peuvent être l'expression de processus pathophysiologiques d'une maladie somatique ou la conséquence de son traitement.

- *Identification* : dans plusieurs pathologies psychiques, l'identification de pathologies somatiques est particulièrement difficile. C'est en particulier le cas pour les schizophrénies avec des symptômes négatifs ou associées à des troubles cognitifs sévères. Les patients ont alors souvent une sensibilité très réduite à la douleur et n'attachent que peu d'importance aux symptômes physiques. De manière générale, les professionnels soulignent le fait que les personnes atteintes d'une pathologie psychique n'ont souvent pas un comportement qui attire l'attention. On ne remarque donc pas leur difficulté, et ils n'expriment que tardivement, voire pas du tout, leurs souffrances physiques.

### **Compréhension et traitement insuffisants des comorbidités somatiques<sup>38</sup>**

- *Sous-diagnostic* : il est très fréquent que les maladies somatiques ne soient pas détectées assez tôt et que leur traitement soit donc incomplet. Les patients sont traités longtemps ou uniquement pour un diagnostic. Il est ainsi d'autant plus probable que des comorbidités physiques soient insuffisamment diagnostiquées et traitées. Les personnes atteintes de troubles psychiques subissent ainsi moins d'examen préventifs que le reste de la population. Partant, les défis habituellement liés aux cas de comorbidités ou de polymorbidités, plutôt rares avec les diagnostics individuels, ont tendance à être négligés. Il peut s'agir des formes sévères d'une ou plusieurs pathologies, d'une durée prolongée de la maladie, d'une efficacité thérapeutique diminuée, de restrictions psychosociales et professionnelles accrues, d'un recours inadéquat plus fréquent aux prestations du système de santé ou encore d'un taux plus élevé de tentatives de suicide.
- *Erreurs de diagnostic* : lorsque la comorbidité est négligée ou insuffisamment prise en compte, des erreurs de diagnostic peuvent survenir. Des symptômes sont, par exemple, attribués à un trouble psychique alors que le patient est atteint d'une maladie somatique, ou des symptômes sont considérés comme des conséquences habituelles (« effets secondaires ») d'une pathologie psychique, et inversement. Les patients ne sont alors pas dirigés vers l'établissement adéquat.
- *Bon diagnostic mais mesures erronées* : lorsque les professionnels sont mieux sensibilisés à la question des comorbidités et qu'ils disposent des compétences requises, les maladies psychiques sont correctement diagnostiquées. Un diagnostic adéquat n'est toutefois pas toujours synonyme de traitement approprié. Dans la pratique, on trouve régulièrement des exemples où les médecins somatiques, par manque d'expertise, recourent à un traitement inadéquat (ou partiellement adéquat) : le patient en question est transféré à des spécialistes en psychiatrie mais, en raison d'un diagnostic incomplet, l'urgence du traitement n'est pas reconnue. Il en résulte que le patient ne bénéficie pas d'une thérapie entièrement adéquate en temps voulu. Dans des cas extrêmes, ces insuffisances peuvent entraîner la mort du patient.
- *Compréhension unilatérale de la maladie* : la compréhension unilatérale de la maladie est souvent projetée sur le patient au cours du processus de diagnostic et de traitement. Ainsi, au fur et à mesure de l'évolution de leur maladie, les personnes atteintes d'une pathologie psychique reçoivent souvent uniquement des explications axées sur une compréhension psychiatrique des phénomènes et, à l'inverse, les personnes avec des maladies somatiques reçoivent souvent uniquement des informations reflétant une vision somatique de la maladie. Ces patients refoulent alors les symptômes ou évitent souvent d'appréhender leur état de santé actuel dans sa globalité. Prenons pour exemple les troubles d'anxiété généralisés (TAG) : au moment de consulter leur médecin de famille, moins de 20 % des personnes concernées se plaignent de symptômes psychiques. Les TAG sont habituellement associés

<sup>38</sup> Cf. Fleischhaker et al 2008, Frick/Frick 2010, Mascharek/Schwappach 2015, Messerli-Bürgy/Munsch 2016, Norman 2013, Schuler et al. 2016 ainsi que Von Korff et al. 2009. Ces lacunes se retrouvent de la même manière lorsqu'environ 50 % seulement des maladies physiques associées à des pathologies psychiques sont diagnostiquées et lorsque la moitié de ces diagnostics est correcte (cf. Härter 2007).

à des troubles physiques. Or, l'existence d'un trouble somatique réduit considérablement la probabilité que des TAG soient diagnostiqués.

- *Complexité des causes* : les raisons d'un sous-diagnostic sont nombreuses. Elles sont liées à l'ensemble des défis mentionnés dans le présent chapitre : compétences lacunaires des professionnels de la santé, stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie psychique (principalement en cas de schizophrénie) et prise en charge insuffisante en médecine interne (dans les hôpitaux).
- *Urgences* : chez les patients atteints d'une maladie psychique, les pathologies physiques non identifiées, négligées ou insuffisamment traitées conduisent souvent à une aggravation des troubles somatiques. Il en résulte des situations d'urgence aiguës ou des séjours stationnaires prolongés qui auraient pu être évités par un diagnostic précoce. Le transfert aux urgences est parfois également favorisé par des processus standard ou devenus routiniers alors que – compte tenu du degré de gravité de la maladie et du tableau clinique – nombre de ces clarifications et traitements ne devraient pas avoir lieu dans ces unités. Dans les situations d'urgence, il faut de plus être particulièrement attentif aux patients présentant des tendances suicidaires et à ceux qui viennent de faire une tentative de suicide, car dans la majorité des cas, ces personnes sont atteintes d'une maladie psychique<sup>39</sup>.
- *Thérapie* : les thérapies s'appuient souvent sur des manuels spécifiques à une pathologie qui n'abordent pas, ou que marginalement, la problématique de la comorbidité. Les preuves d'efficacité thérapeutique sont souvent étudiées d'un point de vue monosymptomatique et non pas en lien avec des comorbidités.

#### **(Re)transferts inutiles au cours du traitement<sup>40</sup>**

- *Planification insuffisante* : plusieurs études et professionnels consultés relèvent qu'en raison d'un manque de coordination et de collaboration interdisciplinaires, les patients avec des comorbidités somato-psychiques sont souvent transférés entre les unités de soins somatiques aigus et les services psychiatriques, ou entre les établissements stationnaires et les services ambulatoires, de manière excessivement rapide et sans planification suffisante. Les retransferts sont alors fréquents, ce qui affecte le processus de traitement, alourdit la charge administrative et engendre des surcoûts. L'anticipation fait ici souvent défaut.
- *Solutions transitoires après une urgence* : selon les experts, il n'existe pas suffisamment d'établissements qui offriraient aux patients une solution transitoire après une situation d'urgence (sous forme de logements avec un encadrement médico-social ou d'un traitement post-hospitalier dans un établissement de soins ambulatoires). Ils citent souvent l'exemple de patients qui, après un premier séjour aux urgences, sont rapidement réhospitalisés faute de prestations transitoires. Après une tentative de suicide, un suivi adéquat revêt une importance cruciale<sup>41</sup>.

#### **Risques de la médication<sup>42</sup>**

- *Risques liés aux interactions* : les comorbidités somato-psychiques constituent un défi particulier chez les patients atteints d'une maladie dont le traitement repose sur la prescription de médicaments. Le risque est de voir ces médicaments, qui ont un effet sur un symptôme, influencer de manière négative une comorbidité (non diagnostiquée) ou la manifestation de cette dernière.
- *Sécurité médicamenteuse* : lors d'un traitement par différents professionnels – ce qui n'est pas rare en cas de comorbidité somato-psychique –, il règne souvent une certaine incertitude concernant l'ensemble des médicaments pris par un patient. La protection des données est alors souvent citée comme un défi supplémentaire. Selon les pathologies, il existe un fort risque que les patients eux-mêmes ne disposent pas d'une vue d'ensemble complète de leur médication ou que l'autogestion nécessaire à une prise responsable des médicaments fasse

<sup>39</sup> Cf. BAG 2016b.

<sup>40</sup> Cf. Berger/Agyemang 2015, Reeves, et al, 2000, Stieglitz/Volz 2007.

<sup>41</sup> Cf. BAG 2016b.

<sup>42</sup> Cf. Collins et al. 2013, Von Korff et al. 2009, Mascherek/Schwappach 2015.

défaut. Ce risque s'accroît en cas d'automédication, autrement dit lors d'une prise de médicaments sans prescription médicale, qui ne figure donc pas au dossier.

- *Erreur de médication ou abus de médicaments* : la prise de médicaments inadéquats peut provoquer des dépendances et d'autres effets négatifs, eux-mêmes sources de pathologies additionnelles. Le risque est élevé lors d'une consommation élevée d'anti-douleurs, et plus particulièrement dans des situations palliatives.

### Comportement des patients / conformité déontologique<sup>43</sup>

- *Compétences lacunaires en matière de santé* : le traitement des pathologies somatiques chez les personnes atteintes d'une maladie psychique est compliqué du fait que, par rapport à la population générale, nombre d'entre elles sont moins minutieuses dans la prise médicamenteuse, moins efficaces dans leur autogestion et généralement moins enclines à adopter un comportement favorable à la santé.

### 2.3.3 Système de soins et structure

#### Accès restreint au système de soins et groupes à risque<sup>44</sup>

- Certains groupes de population ont un accès limité au système de soins, ce qui complique substantiellement le diagnostic et le traitement de la comorbidité somato-psychique. La littérature spécialisée et les experts interrogés attirent l'attention sur les groupes ci-après, particulièrement exposés au risque de sous-diagnostic ou à une éventuelle absence de traitement en raison d'un accès limité aux soins :
  - *Personnes avec un statut socio-économique peu élevé<sup>45</sup>* : les études montrent que les personnes défavorisées sur le plan socio-économique sont souvent sous-diagnostiquées. Par ailleurs, les professionnels relèvent à plusieurs reprises que la cherté des traitements peut entraîner des difficultés financières chez les patients présentant une comorbidité. Parmi les personnes avec un niveau socio-économique faible, on trouve souvent des personnes (âgées) touchées par la pauvreté, des migrants ou des réfugiés sans couverture d'assurance ou des bénéficiaires d'une rente AI (partielle).
  - *Personnes socialement isolées* : les proches formant l'entourage social et familial jouent un rôle clé dans le diagnostic et le suivi des patients avec une comorbidité somato-psychique. C'est souvent eux qui remarquent la présence simultanée de maladies psychiques et somatiques. C'est eux aussi qui assument une fonction essentielle dans la coordination d'une prise en charge médicale globale. À l'inverse, les patients isolés, qui ne peuvent pas s'appuyer sur un cercle social intact, ne bénéficient souvent pas d'un accès facile à un conseil et à une prise en charge (globale). Ce constat vaut surtout pour les patients qui, en raison de leur maladie, ne peuvent exprimer eux-mêmes leurs besoins ou leurs souffrances. De même, les personnes vivant dans des régions isolées (en montagne, p. ex.) ont d'autant moins facilement accès aux offres de prise en charge. L'absence d'un accès facile aux soins ou d'un triage des patients vers les professionnels concernés entraîne en général une augmentation du nombre d'urgences.
  - *Personnes atteintes de démence* : en raison de leurs symptômes, ces personnes présentent un risque particulièrement élevé de ne pas pouvoir accéder aux soins par eux-mêmes. Ces patients ne sont souvent plus en mesure de se faire comprendre et de se familiariser avec le système de soins.
  - *Enfants, adolescents et personnes âgées* : l'accès au système de soins est particulièrement limité pour les jeunes et les personnes âgées, d'autant plus si les patients ne peuvent s'appuyer sur un entourage social intact. À cet égard, il est essentiel de tenir compte du lien entre la pathologie et l'isolement social, notamment chez les jeunes qui, en raison de leur addiction (toxicomanie), ne sont intégrés ni dans le tissu social ni dans le monde professionnel. Ces patients – jeunes ou plus âgés – n'ont souvent

<sup>43</sup> Cf. Von Korff et al. 2009.

<sup>44</sup> Cf. De Hert, Marc et al. 2011b.

<sup>45</sup> Cf. Mercer et al. 2012 ; Messerli-Bürky/Munsch 2016 ; Moffat/Mercer 2015 ; Polynomics/Helsana 2014 ; Von Korff et al. 2009 ; Schuler et al. 2016.

pas les moyens d'articuler eux-mêmes leurs besoins et leurs difficultés ou ne sont pas toujours pris au sérieux. Même lorsque l'entourage social est intact, la maladie est parfois négligée : tant les patients que leurs proches sont dépassés par la complexité de la comorbidité, notamment lorsque les symptômes sont stigmatisants ou que la maladie est insuffisamment comprise. S'agissant du groupe des personnes âgées, les experts précisent que selon les maladies (troubles de la dépendance, p. ex.), il faut parfois y inclure les patients dès le milieu de la quarantaine, car une définition classique des âges entraîne souvent une identification insuffisante des pathologies psychiques dans cette tranche d'âge. La proportion de personnes négligeant leur propre comorbidité est très élevée chez les seniors.

### Lacunes en matière de mise en réseau interdisciplinaire

- *Réseaux et vue d'ensemble* : tout comme la coopération concrète, l'échange d'informations ou de connaissances et le réseautage entre professionnels des soins somatiques et psychiatriques sont souvent insuffisants. Ces lacunes se retrouvent aussi bien au sein des établissements de soins qu'entre les différentes institutions. Par ailleurs, il manque – selon les différents experts interrogés – une vue générale couvrant l'ensemble des prestations de soins proposées. Les experts notent l'existence d'une demande pour des données scientifiquement fondées, par exemple sous forme d'aperçus synoptiques permettant aux professionnels et aux patients d'appréhender en un coup d'œil l'ensemble des offres disponibles par région et présentant clairement les différentes interfaces.

### Lacunes en matière de modèles somato-psychiques intégrés<sup>46</sup>

- *Absence d'incitations financières* : dans l'ensemble, la littérature spécialisée et les experts remarquent que de plus en plus de modèles intégrés ont fait récemment leur apparition. Ils s'accordent à constater l'insuffisance des modèles actuels et la nécessité de promouvoir des soins intégrés. L'absence d'incitations financières est la principale raison invoquée pour expliquer les lacunes en la matière. Dans les modèles intégrés existants, la combinaison de soins somatiques et psychiques entraîne des charges supplémentaires, ce qui est souvent perçu comme peu rentable d'un point de vue économique (à court terme)<sup>47</sup>. Sont également pointées du doigt les infrastructures de base nécessaires (organisation des espaces) et la taille critique requise (nombre de patients) dans les établissements de soins : une occupation optimale est en effet plus difficile dans une unité (spécialisée) de taille modeste<sup>48</sup>. Simultanément, les experts appellent de leurs vœux une vision à plus long terme dans laquelle les modèles intégrés permettraient un diagnostic et un traitement systématiques efficaces de la comorbidité somato-psychique et, partant, des économies de coûts (réduction du nombre de sous-diagnostic, d'erreurs de diagnostic, d'urgences, etc.).
- *Soins de médecine interne en psychiatrie* : des problèmes structurels nuisent souvent à la gestion des pathologies somatiques dans les établissements psychiatriques. Les soins de médecine interne y sont souvent insuffisants (ou pas toujours disponibles). Le manque de pratique et d'expérience des professionnels de la psychiatrie en matière de techniques somatiques (pose d'une voie intraveineuse, p. ex.), le manque d'expérience quant à la détection et au traitement des problèmes médicaux, le risque qu'un patient instable soit blessé par d'autres patients agités présents à proximité ou un effectif moins important que celui des services médicaux (d'urgence) expliquent notamment la difficile gestion des situations médicales aiguës dans les services psychiatriques. Aussi bien la coordination entre les établissements que la collaboration entre les services psychiatriques et les unités somatiques sont souvent qualifiées de lacunaires, particulièrement entre les hôpitaux psychiatriques et les cliniques autonomes de soins somatiques. Ces lacunes se retrouvent cependant aussi entre les divisions de soins psychiatriques et somatiques d'une même entité, en raison d'un manque de concertation, de processus déficients ou de questions financières insuffisamment clarifiées.

<sup>46</sup> Cf. Camenzind/Bonassi 2015, Hewer, Salize, & Wolfersdorf 2004, Miller et al. 2003, Polynomics/Helsana 2011, Schwarze/Steinauer 2016.

<sup>47</sup> Cf. Brügger et al. (non publié), Minder 2014.

<sup>48</sup> Cf. Brügger et al. (non publié).

- *Lits gérés en commun dans le domaine des soins somatiques aigus* : les experts font remarquer que pour les cas aigus, plusieurs établissements mettent sur pied ce type d'offre prévoyant une prise en charge somato-psychique intégrée. Les modèles en place sont à ce jour insuffisants pour généraliser cette forme de prise en charge dans toutes les régions.
- *Centre communautaires (y.c. modèles de « managed care »<sup>49</sup> et de « medical home »<sup>50</sup>)* : les experts indiquent que ce type de centre est né sous l'impulsion d'initiatives individuelles, et les incitations financières en ce sens font souvent défaut.

### Organisation d'une offre de soins ambulatoires et intermédiaires

- *Fonction de coordination* : les professionnels travaillant dans le domaine ambulatoire, qu'ils soient spécialisés dans la somatique ou la psychiatrie (en particulier les médecins de famille, les prestataires de soins à domicile et les services ambulatoires), jouent un rôle décisif dans le diagnostic et le traitement de comorbidités somato-psychiques. Selon la littérature spécialisée et les experts consultés, l'importance des offres de soins ambulatoires est négligée par les structures en place et, en particulier, par le système de financement. De nombreuses urgences se produisent alors qu'elles auraient fréquemment pu être évitées par un renforcement de l'offre ambulatoire. De manière générale, la coordination entre les établissements ambulatoires et les services hospitaliers peut être améliorée, surtout en matière de traitement (médication, transferts et retransferts superflus, etc.).
- *Décharge de la médecine d'urgence* : l'importance des offres de soins ambulatoires est aussi relevée sous l'angle de la médecine d'urgence. Selon les experts, les services d'urgence, généralement sursollicités, pourraient être soulagés grâce à une offre de soins ambulatoires tout au long de la chaîne de traitement.
- *Offre intermédiaire de soins*<sup>51</sup> : les experts soulignent également la pertinence des offres intermédiaires (notamment sous forme ambulatoire et dans les cliniques de jour). Elles permettent de combler les lacunes entre les soins stationnaires et les soins ambulatoires, assumant ainsi souvent une fonction de coordination essentielle.

### Financement

- *Absence d'incitations financières* : les incitations financières en faveur d'examen globaux et d'une médecine de proximité font défaut. Selon les experts interrogés, le degré de gravité des pathologies n'est pas adéquatement pris en compte dans le financement. À cet égard, il est principalement fait mention du manque d'incitations financières dans le domaine des soins ambulatoires.

### Instruments<sup>52</sup>

- *Questionnaires de soins basés sur un diagnostic* : les critères de diagnostic et, partant, les questionnaires de soins sont en général établis pour des patients présentant principalement des troubles psychiques sans pathologie physique ou, à l'inverse, pour des patients présentant principalement des troubles somatiques sans pathologie psychique. Dès lors, le diagnostic peut se compliquer en cas de pathologie physique touchant des personnes avec des troubles psychiques ou en cas de maladie psychique touchant des personnes atteintes d'une pathologie physique : la délimitation entre psychopathologie et traitement de la maladie est insuffisante alors qu'il existe des chevauchements au niveau de la symptomatique des troubles psychiques et des maladies somatiques.

<sup>49</sup> Cf. Polynomics/Helsana 2014, p. 11.

<sup>50</sup> Cf. Camenzind/Bonassi 2015.

<sup>51</sup> Cf. EDI 2016.

<sup>52</sup> Cf. Berger/Agyemang 2015.

## 2.4 Interventions nécessaires

Le présent chapitre expose un condensé des mesures nécessaires à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie » et telles que relevées dans la littérature spécialisée et par les experts interrogés. Ces besoins découlent des défis actuels (cf. chap. 2.3) et sont classés selon la même logique, en fonction des trois domaines thématiques généraux mentionnés plus haut (connaissances, diagnostic et traitement, système de soins et structure). Il existe des liens étroits entre les mesures nécessaires, tous domaines thématiques confondus. Ces liens seront évoqués dans le présent texte, mais sans qu'un modèle détaillé explicitant les relations de cause à effet soit élaboré. Il sera également fait mention, au fil des problématiques concernées, des éventuelles évaluations divergentes ou contradictoires constatées dans les études et à l'occasion des entretiens.

Le présent chapitre comprend également des encadrés où sont proposés des exemples concrets de possibilités d'actions cités dans la littérature spécialisée ou par les experts. Ces exemples visent à apporter une dimension supplémentaire de concrétisation en vue de l'élaboration de mesures. Ils peuvent être considérés comme étant de bonnes pratiques, mais résultent simplement de l'analyse, dont le but en soi ne consistait pas à mettre en avant de telles pratiques. Ces illustrations sont donc données à titre de points de départ pour d'autres analyses, mais ne constituent un aperçu ni systématique ni exhaustif des bonnes pratiques dans le domaine.

### 2.4.1 Connaissances

#### Sensibilisation et transfert de connaissances aux personnes concernées<sup>53</sup>

- *Transfert de connaissances aux patients* : le groupe cible doit être informé quant à la possible survenance de comorbidités somato-psychiques. Cela permettrait de renforcer la prévention primaire ainsi que l'autogestion dans le processus de diagnostic et de traitement.
- *Large sensibilisation* : la sensibilisation et la prévention primaire doivent être pratiquées à plus large échelle dans la société. Des experts soulignent l'utilité de transmettre des connaissances de base sur les comorbidités somato-psychiques à l'école (à partir du deuxième cycle) et au travail. Ce transfert de connaissances direct doit également être effectué à titre préventif dans les hôpitaux, les maisons de retraite, les paroisses, les clubs de sport et les associations de migrants, notamment. Cette approche vise à atteindre de manière ciblée les groupes qui, selon les défis actuellement en place, ne bénéficient souvent que d'un accès limité à des soins somato-psychiques combinés (cf. chap. 2.3.3). Dans ce contexte, il convient par ailleurs de promouvoir des formes de transfert de connaissances adaptées notamment à l'âge du public cible, en proposant par exemple des programmes de coaching et des approches ludiques sur Internet ou encore des cercles de discussion ou des manifestations d'information.
- Est également évoqué comme action concrète envisageable :
  - exploiter dans la conception des mesures de sensibilisation les possibilités offertes par les nouveaux médias et les nouvelles technologies (applications et médias sociaux, p. ex.).

#### Programme TAKE

Le programme TAKE<sup>54</sup>, destiné aux enfants obèses et à leurs parents, est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire entre l'Université de Bâle et les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Bâle-Campagne. Proposée dans la région de Bâle, cette offre combine un programme de thérapie comportementale, des conseils diététiques et du sport. Le programme TAKE est reconnu comme un programme de prévention axé sur les questions de

<sup>53</sup> Cf. De Hert, Marc et al. 2011B ; Messerli-Bürgy/Muntsch 2016 ; Schwarze/Steinauer 2016 ; Von Korff et al. 2009.

<sup>54</sup> Cf. Roth, Munsch et al. 2004.

comorbidités et basé sur des données scientifiques. Selon les experts, ce type de programme devrait être rendu plus facilement accessible aux personnes concernées.

### Formation et promotion des compétences des professionnels<sup>55</sup>

- *Promotion de l'interdisciplinarité* : les professionnels du domaine psychiatrique de même que ceux du domaine somatique doivent être encouragés à penser et à agir selon une logique interdisciplinaire. Vu la tendance marquée à une formation et à un exercice professionnel de plus en plus spécialisés, il convient d'enseigner de manière ciblée des compétences également axées sur la détection précoce et la prise en charge médicale globale des comorbidités somato-psychiques.
- *Connaissances interdisciplinaires appliquées* : le transfert de connaissances englobe à la fois l'acquisition théorique et l'application pratique de compétences qui favorisent la détection et le traitement de comorbidités somato-psychiques. Ces compétences interdisciplinaires doivent être enseignées tout au long de la carrière, c'est-à-dire autant durant la période de formation que lors de l'exercice de la profession. Concernant l'enseignement continu de compétences interdisciplinaires aux professionnels concernés, différentes possibilités d'action concrètes sont évoquées :
  - formation (initiale et postgrade) comprenant des modules obligatoires sur l'interdisciplinarité ;
  - formation continue standardisée comprenant des modules obligatoires sur l'interdisciplinarité, par exemple pour former systématiquement les professionnels psychiatriques à des tâches de soins somatiques aigus (antibiothérapie intraveineuse, administration d'oxygène, etc.) ;
  - conférences ou symposiums (notamment) afin de favoriser l'échange de connaissances en général ;
  - accueil réciproque de professionnels de l'autre domaine de spécialité afin d'échanger et d'appliquer des connaissances interdisciplinaires et de promouvoir la collaboration interdisciplinaire dans la pratique.

### Symposium « Une maladie fait souffrir l'âme, l'autre le corps. Toutes deux doivent être traitées. »<sup>56</sup>

Ce colloque spécialisé (5 février 2015, Bâle) avait pour but de focaliser l'attention du personnel soignant sur la santé somatique des personnes atteintes de troubles psychiques. Les intervenants ont présenté des connaissances actuelles sur le sujet ainsi que différents modèles utilisés en Suisse afin de surmonter le fossé qui existe sur le plan de la perception et du traitement de la santé physique et psychique. La littérature spécialisée et les experts interrogés soulignent la pertinence de ce type de plateformes qui jettent des ponts entre la théorie et la pratique.

- *Formations axées sur les besoins* : selon les experts interrogés, il convient d'axer les formations visant à développer des compétences interdisciplinaires sur les besoins que les professionnels éprouvent dans la pratique au quotidien. Il est donc important de mettre en place, dans le cadre du développement des formations, des processus participatifs qui intègrent directement les besoins et intérêts des professionnels ainsi que les résultats de projets de recherche basés sur des données scientifiques. Cette démarche est d'autant plus déterminante qu'elle permet de rendre la formation attrayante et d'asseoir sa légitimité (notamment vis-à-vis de la direction des établissements). Ainsi, Robson/Haddad<sup>57</sup> ont par

<sup>55</sup> Cf. De Hert, Marc et al. 2011B ; Fleischhaker et al. 2008 ; Mercer et al. 2012 ; Messerli-Bürgy/Muntsch 2016 ; Norman 2013 ; Norman et al. 2015 ; Schuler et al. 2016 ; Schwarze/Steinauer 2016 ; Van den Brink et al. 2014 ; Von Korff et al. 2009.

<sup>56</sup> Cf. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland, 2015. Titre original en allemand : « Die eine Krankheit schmerzt die Seele, die andere den Körper. Pflege brauchen beide »

<sup>57</sup> Cf. Robson, Harald et al., 2012.



exemple testé un instrument qui évalue comment les professionnels de la santé actifs dans le domaine de la psychiatrie perçoivent les soins apportés aux patients atteints d'une maladie physique. Dans le questionnaire soumis, des questions sont posées sur l'opinion des professionnels, sur les tâches actuellement accomplies pour la promotion de la santé physique et sur les besoins en termes de formation continue. Les premiers tests révèlent que les soignants en psychiatrie dotés d'une formation postgrade ou continue (qualification supplémentaire) dans le domaine somatique se montrent plus confiants quant au traitement adéquat d'un infarctus aigu, d'une hypoglycémie ou d'une hyperglycémie.

#### **Promotion de la recherche fondamentale<sup>58</sup>**

- *Promotion de la recherche* : la comorbidité somato-psychique est un sujet insuffisamment traité dans la recherche scientifique. La promotion de la recherche constitue ainsi un besoin prioritaire (cf. chap. 1.1.2 et 2.3.1). Il est en particulier nécessaire de développer une recherche fondamentale, qui aborde la comorbidité somato-psychique parallèlement aux études existantes axées sur les diagnostics. La comorbidité serait alors considérée d'un point de vue interdisciplinaire global et sous un angle social général (problématiques économiques comprises).
- *Mesure de l'efficacité* : il est nécessaire de procéder à une évaluation exhaustive et comparative des offres et des méthodes existantes qui tentent dès à présent de garantir des soins somato-psychiques combinés (présence de spécialistes en médecine interne dans les cliniques psychiatriques, groupes de travail destinés à l'échange de savoirs interdisciplinaire, etc.). Les experts indiquent qu'il est essentiel, d'une part, de montrer scientifiquement (au moyen de techniques de mesure de l'efficacité) la valeur ajoutée qu'apportent ces offres et ces méthodes et, d'autre part, d'étudier quelles approches fonctionnent (ou non) et dans quelles conditions. Des évaluations de ce type permettront de créer des vues d'ensemble sur les mesures, d'identifier des bonnes pratiques et d'en tirer des recommandations pour une mise en œuvre à grande échelle de dispositifs efficaces. Cette démarche devrait également favoriser de manière générale l'échange et la transparence.

#### **2.4.2 Diagnostic et traitement**

##### **Diagnostic systématique de la santé psychique et physique<sup>59</sup>**

- *Diagnostic différentiel* : il est nécessaire de mettre en place des examens standardisés de l'état de santé physique et psychique des patients. D'après la littérature spécialisée et les experts interrogés, cela suppose, tant en psychiatrie qu'en soins somatiques aigus, d'examiner pour chaque cas la présence d'une éventuelle comorbidité et de mettre en place des examens standardisés ainsi que des examens préventifs intervenant à différentes reprises tout au long de la chaîne de traitement (en particulier pour les maladies chroniques). Les procédures systématiques de ce type constituent le fondement permettant de détecter les comorbidités somato-psychiques à temps, que ce soit en début de pathologie (identification précoce) ou une fois que celle-ci est déclarée. Plus les comorbidités sont décelées tôt, plus le traitement a des chances de réussir et, partant, d'engendrer moins de coûts.

##### **Programme bâlois sur la démence et le délire<sup>60</sup>**

Cette initiative est un bon exemple de diagnostic différentiel. Il s'agit d'un programme de recherche et de développement de la pratique basé sur plusieurs méthodes. Le but est de prévenir, mais aussi d'identifier et de traiter précocement le délire. Ce projet interdisciplinaire est dirigé par des infirmiers. Il comprend un dépistage systématique des symptômes du délire, une évaluation des capacités cognitives des patients à partir de 70 ans et l'application méthodique de mesures prophylactiques et thérapeutiques fondées sur des données

<sup>58</sup> Cf. BASS 2016; Fleischhaker et al. 2008; Miro 2009; Norman et al. 2015; Van den Brink et al. 2014; Von Korff et al. 2009.

<sup>59</sup> Cf. Baumeister/Härter 2011; Berger/Agyemang 2015; Patel et al. 2013; Schwarze/Steinauer 2016; Zipfel, Giel et al. 2015.

<sup>60</sup> Cf. hôpital universitaire de Bâle 2017.

factuelles. Si nécessaire, les patients présentant des déficits cognitifs doivent recevoir des explications complémentaires, en collaboration notamment avec le médecin de famille et la clinique de la mémoire (« Memoryclinic »).

- *Développement des questionnaires de soins* : il existe un besoin en matière de développement et d'utilisation d'instruments permettant d'examiner l'état de santé psychique et physique de façon standardisée. De manière générale, on souligne l'importance d'une procédure de dépistage permettant de mesurer les besoins de soins dans le groupe cible et de définir rapidement des interventions appropriées et à bas seuil pour améliorer la santé psychique et physique.

#### **Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP<sup>PSY</sup>)**

S'agissant des collectes de données, on peut citer l'exemple du « Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie » (GEP<sup>PSY</sup>), un questionnaire utilisé en psychiatrie en tant qu'outil de dépistage de maladies physiques<sup>61</sup>.

- *Prise en charge de personnes suicidaires* : des soins globaux, prenant en compte les maladies tant somatiques que psychiques, doivent être garantis aux personnes suicidaires et aux patients après une tentative de suicide. Le rapport intitulé « La prévention du suicide en Suisse » (2016)<sup>62</sup> détaille ce besoin ainsi que les mesures qui en découlent. Il souligne notamment que la prise en compte des comorbidités est primordiale de manière générale dans le traitement des personnes appartenant à ce groupe cible et, en particulier, dans le cadre du suivi ultérieur.

#### **Traitement centré sur la personne<sup>63</sup>**

- *Perception globale de l'état de santé* : compte tenu de la complexité intrinsèque de la comorbidité somato-psychique, il est nécessaire d'adopter une approche de traitement centrée sur la personne. Cette approche s'intéresse non seulement aux symptômes identifiés, mais aussi en permanence à la perception que le patient a de sa santé en général.
- *Instruments spécifiques pour les comorbidités* : les outils et les approches utilisés dans les soins doivent être adaptés selon le principe du traitement centré sur la personne. Au lieu d'être structurés uniquement en fonction des troubles concernés, les manuels, entre autres, doivent consacrer une place suffisante à la comorbidité. En outre, il convient de prendre en compte les preuves d'efficacité non seulement pour les troubles monosymptomatiques, mais aussi pour les troubles comorbides.

#### **Promotion de l'autogestion des patients<sup>64</sup>**

- *Promotion de la santé holistique* : l'autogestion des patients doit être encouragée tout au long du processus de traitement et intégrée à part entière dans ce dernier. Il convient de sensibiliser régulièrement les patients au fait que les comorbidités physiques associées à des maladies psychiques (et inversement) sont courantes et qu'elles ont le droit d'être exprimées. La promotion de la santé physique et psychique (des programmes favorisant l'activité physique chez les personnes atteintes de troubles psychiques, p. ex.) relève également de cette démarche.

<sup>61</sup> Cet instrument est notamment utilisé dans les services psychiatriques universitaires de Berne. Cf. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland (2015), Referate.

<sup>62</sup> Cf. BAG 2016b. À noter en particulier les mesures V.1 et V.2 (p. 53 du rapport). Cf. aussi EDI 2016.

<sup>63</sup> Cf. Fleischhaker et al. 2008 ; Norman et al. 2015.

<sup>64</sup> Cf. Patel et al. 2013.

### 2.4.3 Système de soins et structure

#### Accès facilité au conseil et aux soins<sup>65</sup>

- *Soins accessibles pour tous* : il est nécessaire de garantir à tous les groupes de la population, dans l'ensemble de la Suisse, un accès simple à l'information de base, au conseil et aux soins en matière de comorbidités somato-psychiques. Il convient en particulier d'examiner comment assurer l'accès aux offres de soins pour les groupes à risque défavorisés en raison de leur statut social (cf. chap. 2.3.3). Par ailleurs, il s'agit de prendre en compte le fait que lorsque l'entourage social des patients est intact, les proches assument certes souvent une fonction de coordination dans l'identification d'une comorbidité somato-psychique, mais sont déjà très sollicités et ont besoin d'être déchargés.
- *Services de coordination* : plusieurs experts interrogés considèrent qu'il est important que l'accès facilité aux soins ne passe pas uniquement par les établissements de soins, mais également par d'autres structures, intégrées dans la vie sociale quotidienne. Ils mentionnent notamment les modèles de centres communaux ou régionaux de consultation qui pourraient assurer la coordination entre les soins psychiques et somatiques. Sont par ailleurs évoquées comme modèles d'accès à bas seuil certaines consultations de médecins de famille, telles que celles offertes aux jeunes filles dans le domaine de la gynécologie. Ces consultations constituent avant tout une offre de conseil gratuite ouverte à toute personne intéressée, l'objectif étant de diminuer les éventuels blocages face à ses problèmes ou questionnements en matière de santé.

#### Renforcement du personnel spécialisé doté d'une fonction de coordination

- Il est nécessaire de renforcer le rôle des professionnels de la santé qui assurent dans la chaîne de traitement une fonction de coordination en lien avec le diagnostic et le traitement de la comorbidité somato-psychique. Divers spécialistes indiquent que le rôle clé de ces professionnels n'est, dans la pratique clinique ou en raison de diplômes spécialisés, pas toujours reconnu et qu'il doit être valorisé de manière systématique, au profit de la prise en charge coordonnée de personnes atteintes d'une maladie psychique et souffrant par ailleurs d'une comorbidité somatique. Sont notamment mis en avant pour leur fonction de coordination les professionnels ci-dessous.
  - *Médecins de famille*<sup>66</sup> : on attribue aux médecins de famille un rôle clé pour accéder au groupe cible, recommander les patients à des spécialistes et suivre ces patients sur la durée ainsi que, de manière générale, pour assurer des soins coordonnés. Selon les experts, la prise de conscience de ce rôle clé doit être renforcée, tant dans l'esprit des médecins de famille (au moyen de formations notamment) que dans celui des autres professionnels de la chaîne de traitement.

#### **Cursus en médecine de famille à l'institut de médecine de famille et de soins communautaires de Lucerne (Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern)**

En collaboration avec l'hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) et la clinique psychiatrique de Lucerne (lups), des rotations de postes à caractère interdisciplinaire seront mises sur pied dans le cadre du « Curriculum de Lucerne »<sup>67</sup>. Ainsi, les médecins de famille pourront, durant six mois, acquérir une expérience concrète dans le domaine psychiatrique (y c. psychiatrie aigüe, psychiatrie intégrée à la commune et clinique de la mémoire).

#### **Réseau uranais de santé<sup>68</sup>**

Afin d'assurer des soins médicaux de base, l'office de la santé du canton d'Uri et différents partenaires lancent le projet « Réseau uranais de santé ». L'objectif est d'élaborer et

<sup>65</sup> Cf. Patel et al. 2013.

<sup>66</sup> Cf. BASS 2016 ; Schwarze/Steinauer 2016.

<sup>67</sup> Cf. Institut für Hausarztmedizin & Community Care à Lucerne

<sup>68</sup> Différents experts interrogés lors de l'atelier d'évaluation ont mentionné ce réseau (cf. chap. 3).

d'appliquer des mesures d'ensemble durables pour promouvoir et maintenir une pratique des soins de base par les médecins de famille. Les experts ont relevé les aspects d'« interprofessionnalité » et de « modèles intégrés » (cabinet de groupe ou réseaux notamment) que ce projet met en avant de manière prometteuse.

- *Personnel infirmier*<sup>69</sup> : cette catégorie de personnel soignant est souvent celle qui passe le plus de temps avec les patients, d'où le rôle essentiel qu'elle assume dans la détection de comorbidités somato-psychiques. Les experts soulignent quelles sont les structures nécessaires en matière de gestion des connaissances afin que les informations récoltées par le personnel soignant soient pleinement intégrées dans le traitement. Cet aspect est en particulier important lorsqu'un patient quitte un établissement ou est transféré vers un autre.

### Pratique infirmière avancée

La création de postes pour des professionnels ayant une pratique infirmière avancée (PIA) est évoquée comme possibilité de promouvoir le rôle de coordination du personnel soignant. Les infirmiers avec un profil PIA se concentrent sur les soins somatiques à apporter aux personnes atteintes d'une maladie psychique et sont responsables pour ces problématiques dans les services psychiatriques. Des études révèlent que les infirmiers en psychiatrie montrent un grand intérêt pour des formations continues en soins somatiques. Selon les experts interrogés, il serait souhaitable de mettre ces idées en œuvre et de vérifier l'efficacité de ces interventions dans le plus grand nombre possible d'hôpitaux psychiatriques<sup>70</sup>.

- *Pairs formés*<sup>71</sup> : la littérature spécialisée souligne l'efficacité du recours à des pairs pour assister et soutenir les patients. Outre l'utilité que les pairs formés représentent pour l'accompagnement des patients, le soutien qu'ils peuvent apporter aux professionnels de la santé pour faire passer le point de vue du patient est considéré comme de plus en plus important. On estime également essentiel pour la prise en charge coordonnée des patients que ces pairs soient représentés, avec un droit de participation, dans les commissions spécialisées et les services de coordination.
- *Services de consultation-liaison*<sup>72</sup> : d'après leur mandat, les professionnels des services de consultation-liaison sont responsables de la coordination entre les soins somatiques et les soins psychiatriques et sont donc souvent nommés comme gestionnaires de cas. Les services de consultation-liaison doivent être davantage développés, car ils permettent d'augmenter considérablement la continuité du traitement et, partant, de diminuer les coûts. Est également soulignée pour la mise en œuvre de tels modèles de soins en collaboration (« collaborative care ») l'importance d'une coopération avec l'ensemble des professionnels de la santé impliqués, y compris les professionnels assurant en ambulatoire le suivi du patient, tels que les médecins de famille ou les spécialistes (dans le cas de dépendances, p. ex.).

### Titre de « psychiatrie de consultation et de liaison »

Les experts rappellent que la reconnaissance de ces spécialistes doit beaucoup à l'introduction en 2010 du titre de formation approfondie « Psychiatrie de consultation et de liaison » et à la description de la fonction donnée par l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS)<sup>73</sup>.

- Aide et soins à domicile / soins ambulatoires : selon les experts, les professionnels de la santé travaillant dans les services ambulatoires ou, en particulier, pour les soins à

<sup>69</sup> Cf. Schwarze/Steinauer 2016.

<sup>70</sup> Cf. Schwarze/Steinauer 2016.

<sup>71</sup> Cf. Norman et al. 2015 ; Van den Brink et al. 2014.

<sup>72</sup> Cf. Berger/Agyemang 2015 ; Büchi et al. 2010.

<sup>73</sup> Cf. Büchi et al. 2010.

domicile occupent une place prépondérante dans la coordination des soins. De par leur proximité avec les patients, ils jouent un rôle similaire à celui des médecins de famille et des infirmiers. Pour améliorer la coordination entre les soins psychiatriques et les soins aigus, il convient de renforcer la fonction de relais assumée par ces professionnels.

#### Promotion de modèles de soins intégrés<sup>74</sup>

- *Développement (continu)* : il faut promouvoir et développer en continu les modèles de soins intégrés pour les maladies somatiques et psychiatriques en général. Les experts interrogés soulèvent l'option des soins intégrés en particulier pour les patients dont les pathologies somatique et psychique nécessitent des soins aigus, mais aussi pour les personnes atteintes d'une maladie chronique.
- *Financement* : la promotion de modèles de soins intégrés doit également se faire grâce à un renforcement des incitations financières. À cet égard, les experts consultés estiment qu'il convient, d'une part, d'attirer davantage l'attention sur le fait qu'à long terme, les soins intégrés tendent dans de nombreux cas à diminuer les coûts et, d'autre part, de considérer de manière globale les coûts relativement élevés qu'impliquent pour le système de financement de la santé les patients atteints d'une comorbidité somato-psychique.
- Plusieurs possibilités d'action concrètes sont suggérées :
  - *Promouvoir la création de lits affectés aux soins intégrés* dans les établissements de soins somatiques aigus (y c. dans la médecine d'urgence et de sauvetage), avec du personnel qualifié pour le traitement intensif des maladies physiques mais aussi psychiques. Selon les experts interrogés, il serait en effet nécessaire que chaque canton ou chaque région de soins possède un centre avec un nombre prédéfini de lits pour les soins intégrés.
  - *Promouvoir l'intégration d'un professionnel de médecine interne* (un chef de clinique, p. ex.) ou d'un service de médecine de premier recours dans les services ou les cliniques psychiatriques (selon la taille de l'institution).
  - *Introduire des examens de routine de médecine interne.*
  - *Développer des (nouvelles) formes de coopération innovantes* entre les soins aigus et la psychiatrie. Les experts soulignent la nécessité de disposer d'une recherche fondamentale basée sur des données scientifiques (cf. également chap. 2.4.1) et d'étudier de manière systématique les modèles existants de soins intégrés.

#### Les bonnes pratiques dans le domaine des modèles de soins intégrés et les coopérations innovantes

Sur le plan des modèles de soins intégrés et des formes innovantes de coopération, la littérature spécialisée et les experts consultés relèvent les bonnes pratiques suivantes :

- Soins coordonnés au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) : le traitement coordonné des maladies psychiques et physiques est assuré grâce au Service de psychiatrie de liaison.
- Service de soins gériatriques aigus dans le centre de psychiatrie de l'hôpital d'Affoltern<sup>75</sup> : le modèle combiné s'adresse au groupe cible des personnes âgées, qui, outre des problèmes somatiques aigus, présentent souvent des troubles psychiques (démence et délire en particulier).
- Sont également cités comme exemples à suivre divers hôpitaux au sein desquels soins somatiques et soutien psychosocial sont étroitement liés, comme dans la psycho-oncologie, ou encore les établissements ayant mis en place des groupes d'experts en

<sup>74</sup> Cf. Collins et al. 2013 ; De Hert, Marc et al. 2011b ; Fleischhaker et al. 2008 ; Miro 2009 ; Naylor et al. 2016 ; Ngo et al. 2013 ; Norman 2013 ; Patel et al. 2013 ; Schwarze/Steinauer 2016.

<sup>75</sup> Cf. Brügger et al. (sans indication d'année, non publié) ; Minder 2014.

psychiatrie de liaison qui œuvrent exclusivement dans les services purement somatiques tels que la gastroentérologie, la neurologie ou l'immunologie<sup>76</sup>.

- Les évolutions positives liées aux soins intégrés en psycho-oncologie sont généralement mises en avant<sup>77</sup>.
- Les experts et les auteurs de littérature spécialisée s'accordent par ailleurs pour souligner l'importance des services de consultation-liaison.

- *Solutions transitoires après un traitement de soins aigus* : les experts font remarquer que les modèles intégrés doivent être présents tout au long de la chaîne de traitement et qu'il est en particulier nécessaire de mettre en place suffisamment d'offres de transition pour assurer le suivi à l'issue des traitements en service d'urgence. À ce sujet ils citent, entre autres, la coopération à l'interface entre le domaine hospitalier et le domaine ambulatoire ainsi qu'avec les offres intégrées dans le quotidien (logements avec un encadrement médico-social après un séjour en hôpital psychiatrique, offres en clinique de jour, p. ex.).

### Intensification de l'échange interdisciplinaire de connaissances<sup>78</sup>

- *Échange dans la pratique* : il est nécessaire de promouvoir l'échange interdisciplinaire de connaissances à l'intérieur des établissements et entre ces derniers. Selon les experts, la mise en pratique effective de cet échange dépend beaucoup des personnes et des établissements concernés. Ils ajoutent que la spécialisation est particulièrement marquée dans les grandes structures et que les occasions d'échange interdisciplinaire (consultations informelles, p. ex.) y sont peu ou pas saisies. Les experts soulignent ainsi la nécessité de promouvoir l'échange au sein de réseaux régionaux et nationaux, qui contribuent également à assurer une vue d'ensemble des offres de soins disponibles.

### Projet « win-win-win » pour la mise en réseau des médecins de famille et des psychiatres

Avec ce projet « win-win-win »<sup>79</sup>, plusieurs établissements bâlois de soins, dont l'association des médecins de Bâle-Campagne et la société bâloise de médecine (Medges), entendent promouvoir les échanges entre médecins de famille et psychiatres afin de favoriser la coordination des soins. Depuis 2012, diverses offres sont proposées en ce sens, dont a) les groupes de séminaires interprofessionnels où se rencontrent des médecins de famille et des psychiatres travaillant si possible dans le même secteur géographique, b) les groupes de supervision, c) les cercles de qualité et d) les « speed dating ». Ce projet montre qu'il existe une forte demande pour des plates-formes d'échanges de ce genre. Les experts interrogés estiment que cette initiative est une bonne pratique qu'il est recommandé de mettre en place dans d'autres régions.

### Groupes spécialisés soins somatiques

Certains hôpitaux psychiatriques en Suisse possèdent d'ores et déjà des « groupes spécialisés soins somatiques », qui visent à favoriser le transfert de connaissances sur les pathologies somatiques dans la pratique psychiatrique<sup>80</sup>. Les experts estiment qu'il convient d'évaluer l'efficacité de tels groupes de travail (cf. également chap. 2.4.1).

## Médication

<sup>76</sup> Cf. Messerli-Bürgy/Munsch 2016.

<sup>77</sup> Cf. BASS 2016.

<sup>78</sup> Cf. Fleischhaker et al. 2008 ; Schwarze/Steinauer 2016 ; Van den Brink et al. 2014.

<sup>79</sup> Cf. Kaiser 2014.

<sup>80</sup> Cf. Schläfli/Wolfensberger 2013.

- *Sécurité médicamenteuse* : il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de contrôle systématiques pour assurer la sécurité médicamenteuse. Les experts consultés soulignent que l'importance de la sécurité médicamenteuse est souvent sous-estimée en matière de comorbidité somato-psychique. Il serait judicieux de tirer profit du potentiel que présente la numérisation pour créer cette sécurité.
- *Saisie standardisée* : assurer la sécurité médicamenteuse implique que l'ensemble de la médication prise par un patient soit saisie de façon standardisée. Les documents en question doivent être accessibles aux patients, aux proches ainsi qu'aux professionnels.

### eMediplan

Un exemple de saisie systématique de la médication est le dispositif « eMediplan », initialement testé dans le canton de Thurgovie et désormais introduit dans différents cantons<sup>81</sup>. eMediplan est un système transportable et universellement lisible qui vise à donner un aperçu complet des médicaments prescrits par différents professionnels de la santé.

## 2.5 Résumé

Les patients atteints d'une maladie psychique associée à une comorbidité somatique suivent des itinéraires de prise en charge très variés. Dès lors, il est difficile de décrire les défis et les possibilités d'action sous la forme d'une seule trajectoire de patients. Les (re)transferts entre les diverses offres de traitement et de soins sont fréquents et se font même régulièrement en parallèle, ce qui ne fait qu'accentuer cette complexité. Dans les soins aux personnes atteintes de maladies psychique et somatique, les interfaces sont donc aussi d'autant plus nombreuses, variées et particulièrement cruciales au sein de la chaîne de traitement. Le présent chapitre propose donc de résumer les résultats de l'analyse de situation en fonction des principales interfaces existant tout au long de cette chaîne. Cette synthèse se base sur l'illustration 1 du chap. 2.1.3. Celle-ci présente les différents domaines de soins particulièrement importants pour le groupe cible examiné. Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, six interfaces clés ont pu être identifiées, chacune comportant un ou plusieurs champs d'action.

Tableau 2 : interfaces clés et champs d'action

Interfaces	Champs d'action principaux
Interfaces entre différents établissements de soins (en général)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transfert</li> <li>▪ Vue d'ensemble et mise en réseau</li> </ul>
Interfaces avec les professionnels exerçant une fonction de coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconnaissance et consultation</li> </ul>
Interfaces entre les établissements de soins ambulatoires et stationnaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décharge de la médecine d'urgence</li> <li>▪ Services de coordination à bas seuil</li> </ul>
Interfaces avec le groupe cible	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévention, hospitalisation spontanée et autogestion</li> </ul>
Interfaces au sein des établissements de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaboration interdisciplinaire</li> <li>▪ Modèles intégrés</li> </ul>
Interfaces dans le domaine d'activité d'un professionnel de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approche holistique du mode de pensée et d'action</li> <li>▪ Diagnostics différentiels</li> </ul>

S'agissant du sujet de la présente analyse, il convient de rappeler que les interfaces peuvent se situer aussi bien *entre* les domaines de soins ou les champs d'activité spécifiques qu'*au sein* desdits domaines et champs. Les défis et les besoins d'action relatifs aux interfaces résumées

<sup>81</sup> Cf. IG e-Mediplan 2017.

ci-après comportent des similitudes ou sont parfois identiques : la répartition en trois thèmes (connaissances, diagnostic et traitement, systèmes de soins et structure) conserve donc toute sa pertinence au regard des interfaces spécifiquement traitées ici. Il ressort ainsi des résultats d'analyse qu'il convient de prendre en compte les domaines de soins et les différents thèmes de façon combinée lors de l'élaboration de mesures, comme cela se fait dans d'autres documents de référence de la Confédération<sup>82</sup>.

Les sections ci-dessous traitent plus en détail des interfaces identifiées et des champs d'action correspondants.

### **Interfaces entre différents établissements de soins (en général)**

- *Transfert* : au moment du transfert d'un patient, il faut être suffisamment attentif à la question de la comorbidité, vue sous un angle général, afin de permettre un traitement adéquat des maladies aussi bien psychiques que physiques et de garantir une prise en charge efficacement coordonnée. À cet égard, le transfert de connaissances entre professionnels des différents établissements de soins doit être organisé de telle sorte que toutes les informations relatives aux patients soient communiquées de manière standardisée. Un tel processus suppose une gestion des connaissances à la fois systématique et coordonnée, tous échelons confondus et à tous les niveaux de la chaîne de traitement. La sécurité médicamenteuse et une planification coordonnée en vue d'éviter des transferts et retransferts inutiles sont ici essentielles.
- *Vue d'ensemble et mise en réseau* : la gestion interinstitutionnelle des interfaces implique que chaque établissement connaisse son positionnement au sein du paysage global des soins. De même, les professionnels de la santé doivent connaître et utiliser les interfaces avec les professionnels d'autres établissements. Les experts interrogés soulignent à cet égard la nécessité d'établir des vues d'ensemble synoptiques (notamment régionales) présentant à l'intention des professionnels et des patients tous les établissements de soins (interfaces y c.). Ces vues d'ensemble constituent une base à partir de laquelle renforcer la mise en réseau des établissements sur le plan régional et national.

### **Interfaces avec les professionnels exerçant une fonction de coordination**

- *Reconnaissance et consultation* : la littérature et les experts interrogés citent, dans tous les domaines de soins, des professionnels jouant un rôle clé pour le diagnostic et le traitement des comorbidités somato-psychiques ou pour assurer des soins coordonnés aux patients souffrant d'une telle comorbidité. Parmi ces professionnels, on trouve en particulier des médecins de famille, des infirmiers, des pairs formés, des services de consultation-liaison et des prestataires d'aide et de soins à domicile ou sur le terrain. Il ressort de l'analyse qu'il faut reconnaître pleinement la fonction de coordination de ces professionnels. Par ailleurs, il convient de s'assurer que l'expertise de ces derniers soit intégrée dans l'ensemble de la chaîne de traitement et prise en compte de façon adéquate.

### **Interfaces entre les établissements de soins ambulatoires et les établissements de soins stationnaires**

- *Décharge de la médecine d'urgence* : cette interface revêt selon la littérature spécialisée et les experts consultés une importance particulière, dans la mesure où le renforcement des établissements de soins ambulatoires (et les incitations financières correspondantes) est considéré comme un moyen déterminant pour décharger la médecine d'urgence. Les urgences sont fréquentes chez les patients souffrant de comorbidités somato-psychiques, surtout en raison des sous-diagnostic, et leur nombre pourrait diminuer sensiblement, selon les experts, si les offres ambulatoires étaient mieux reconnues.
- *Services de coordination à bas seuil* : les offres de soins dans le domaine ambulatoire (les soins, conseils ou traitements sur le terrain, p. ex.), y compris celles de conseil psychologique ou psychosocial, peuvent garantir aux patients un accès facilité aux soins coordonnés. La littérature et les experts interrogés soulignent particulièrement la nécessité de ce type d'offres à bas seuil, intégrées à la commune et assurant cette fonction de coordination, pour les

<sup>82</sup> Cf. notamment BAG 2015a, 2015c, 2016d, 2016e; EDI 2016.



patients dont l'entourage social n'est pas intact ou dont le statut socio-économique est peu élevé, car ces personnes constituent des groupes à risque parmi les « personnes psychologiquement malades ».

### **Interfaces avec le groupe cible**

- *Prévention, hospitalisation spontanée et autogestion* : les résultats de l'analyse révèlent que l'interface avec le groupe cible est à prendre en compte pleinement à chaque niveau de la chaîne de traitement. Par comparaison avec un diagnostic « simple », la complexité inhérente à la comorbidité somato-psychique nécessite de façon encore plus impérieuse d'intégrer systématiquement dans le traitement la perception personnelle et les connaissances du patient. Ce constat va de pair avec l'exigence formulée dans la littérature spécialisée et par les experts interrogés de sensibiliser le groupe cible potentiel à la thématique de la comorbidité et de promouvoir des compétences d'autogestion tout au long du processus de traitement. La connaissance que le patient a de sa situation est par ailleurs capitale en cas d'hospitalisation spontanée. Sur ce point, les aptitudes en autogestion favorisent sensiblement la détection précoce et, partant, le diagnostic et le traitement adéquats de la comorbidité.

### **Interfaces au sein des établissements de soins**

- *Collaboration interdisciplinaire* : de manière analogue à la coordination interinstitutionnelle et indépendamment de tout modèle de soins, la littérature spécialisée et les experts interrogés estiment qu'il est nécessaire de garantir l'échange de connaissances et la collaboration entre les différentes unités de soins au sein d'un établissement. Pour cela, il convient de promouvoir, pour tous professionnels et groupes de métiers confondus, une prise de conscience privilégiant une approche holistique des soins médicaux et la connaissance des compétences propres aux différentes unités de soins. En outre, les procédures internes aux établissements doivent être aménagées de sorte à favoriser la collaboration interdisciplinaire et des soins globalement coordonnés.
- *Modèles intégrés* : en vue de la prise en charge coordonnée des patients atteints à la fois d'une maladie psychique et d'une maladie physique graves, il convient de promouvoir et de développer les modèles qui permettent de traiter la comorbidité de façon intégrée. Par rapport à la collaboration interdisciplinaire entre différentes unités de soins, les modèles intégrés se caractérisent par le fait de traiter les maladies psychiques et physiques de manière standardisée, à un même endroit et dans le même laps de temps.

### **Interfaces dans le domaine d'activité d'un professionnel de la santé**

- *Approche holistique du mode de pensée et d'action* : les résultats de l'analyse révèlent que la prise en charge coordonnée des patients souffrant de comorbidité somato-psychique ne peut être garantie que si chaque professionnel de la santé examine les interfaces liées à son propre domaine d'action et en tient compte via une approche holistique, ce qui englobe une prise de conscience par rapport à la comorbidité somato-psychique ainsi que des connaissances théoriques et des compétences pratiques permettant de diagnostiquer et de traiter cette comorbidité de façon adéquate en fonction de son propre cahier des charges. Il est tout aussi important de mettre en œuvre la collaboration interdisciplinaire et la coordination tant à l'intérieur de chaque établissement de soins que dans le paysage des soins en général.
- *Diagnostics différentiels* : il est capital d'examiner systématiquement l'état de santé psychique et physique des patients. D'après la littérature spécialisée et les experts interrogés, cela suppose, tant en psychiatrie qu'en soins aigus, de vérifier pour chaque cas la présence d'une éventuelle comorbidité (avec ou sans lien de causalité avec la maladie somatique ou psychique) et de mettre en place des examens standardisés ainsi que des examens préventifs à intervalles réguliers tout au long de la chaîne de traitement (en particulier pour les maladies chroniques). Pour ce faire, il y a lieu de promouvoir et de développer des procédures d'examen ainsi que des questionnaires de soins systématiques.

## 3 Évaluation de l'analyse de situation

Sur la base de l'analyse de situation (chap. 2), les experts ayant participé à l'atelier d'évaluation ont défini plusieurs champs d'action prioritaires. Ces champs sont résumés dans le présent chapitre, qui débute par l'évaluation générale de ces experts et par la présentation de différents sujets cités lors de l'atelier en complément ou en sus des constats de l'analyse de situation. Ces éléments sont abordés sous l'angle des trois domaines thématiques (connaissances, diagnostic et traitement, système de soins et structure) retenus dans la classification qui avait servi de plan aux chap. 2.3 et 2.4. Suite aux discussions de l'atelier, un quatrième domaine thématique vient s'ajouter au plan établi.

### 3.1 Évaluation et compléments

#### Pertinence et représentativité des résultats de l'analyse

Dans l'ensemble, les participants à l'atelier ont jugé que les résultats de l'analyse de situation étaient pertinents et exacts. Ils ont unanimement souligné la pertinence de l'objet étudié et ont notamment relevé la validité à l'échelle nationale de ses résultats, puisque ces derniers s'appliquent à toutes les régions – linguistiques également – du pays. De plus, les thèmes et objets traités se retrouvent au quotidien dans les différentes disciplines professionnelles des experts, tous métiers et contextes des soins confondus, aussi bien dans les régions latines qu'en Suisse alémanique.

#### Domaine thématique supplémentaire : stigmatisation et discrimination

Les experts se sont accordés sur le fait que certains aspects étaient insuffisamment traités par l'analyse et méritaient d'être pris en compte dans les prochaines réflexions et mesures sous la forme d'un domaine thématique complémentaire. Il s'agit des éléments suivants :

- *Stigmatisation / discrimination des personnes avec une comorbidité somato-psychique* : la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques et le thème encore tabou qu'est la « maladie psychique » sont sources de défis majeurs. Le problème n'est souvent pas uniquement lié à des connaissances de base lacunaires ou à la question de l'accès à ce savoir, mais surtout à un manque d'intérêt pour la prise en charge de la comorbidité somato-psychique. Selon les experts participant à l'atelier, la stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie psychique est un phénomène très répandu dans notre société, y compris parmi les professionnels de la santé. Des données empiriques révèlent que les maladies somatiques sont nettement moins bien traitées chez les personnes souffrant par ailleurs de troubles psychiques que chez les patients ne présentant pas de tels troubles. Il existe donc, au niveau de la prise en charge, une discrimination proprement dite des patients avec une comorbidité somato-psychique. Or, une attitude discriminatoire de la part des professionnels de la santé envers ce groupe de patients et le fait de ne pas suffisamment associer ces derniers aux soins influencent substantiellement la réussite d'un traitement. À noter sur ce point les cultures de prise en charge propres aux domaines psychiatrique et somatique (y c. des schémas de comportements hostiles), qu'il convient de considérer dans le contexte d'une méconnaissance fréquente des tableaux cliniques de l'autre spécialité. Autre aspect à prendre en considération, celui de l'autostigmatisation, qui est également l'une des raisons principales pour lesquelles les personnes atteintes d'un trouble psychique ne prennent pas assez au sérieux leurs problèmes de santé ou n'en parlent pas suffisamment. À cet égard, une recherche empirique fondée visant à améliorer l'état des connaissances sur cette autodiscrimination est absolument nécessaire.
- *Nombre élevé de cas non recensés* : les participants à l'atelier soulignent le grand nombre de personnes atteintes de maladie psychique (avec ou sans comorbidité somatique) qui ne reçoivent aucune prise en charge ou uniquement des traitements et des soins inadéquats<sup>83</sup>. Pour le système de soins, ces patients potentiels sont souvent complètement invisibles ou

<sup>83</sup> Cf. WHO 2016b.

leurs troubles ne font l'objet que d'un examen (ou d'une tentative de traitement) somatique. Une des pistes clés d'explication est à chercher du côté de la stigmatisation de la maladie psychique et des pathologies somatiques chez les personnes atteintes d'un trouble psychique. En outre, il est aussi fréquent que des personnes avec une comorbidité somato-psychique refusent un traitement ou suivent un tel traitement contre leur gré. Ce groupe de patients représente un défi non négligeable. Il est donc absolument crucial d'impliquer les proches afin de pouvoir approcher ces patients potentiels.

### **Compléments apportés au domaine thématique « Connaissances »**

Selon les experts participant à l'atelier, plusieurs problématiques mentionnées dans le contexte du domaine thématique « Connaissances » (chap. 2.3.1 et 2.4.1) sont d'une grande pertinence et devraient être complétées par les éléments ci-dessous :

- *Dimension sociale et compréhension biopsychosociale* : la complexité de la santé, avec ses aspects biopsychosociaux, doit être appréhendée et traitée selon une approche holistique, ce qui suppose une attitude initiale globale et un savoir interdisciplinaire de base. Les experts soulignent d'ailleurs le fait que cette compréhension constitue une condition essentielle à une collaboration interprofessionnelle fructueuse. Il est particulièrement urgent de mettre davantage en avant la dimension sociale et les compétences spécialisées dans le cadre d'une prise en charge intégrée. Par exemple, le rôle des travailleurs sociaux doit être renforcé. Actuellement, les psychiatres doivent souvent justifier l'implication de travailleurs sociaux au prix d'un effort relativement important et, dans les hôpitaux de soins aigus, les services sociaux ont été à maintes reprises réduits, voire supprimés, au cours des dernières années.
- *Psychoéducation et comportement en matière de santé<sup>84</sup>* : la psychoéducation englobe tous les efforts fournis pour transmettre aux patients et à leurs proches des informations exhaustives sur des réalités médico-scientifiques parfois complexes. Il est en effet indispensable de connaître sa maladie afin de pouvoir la gérer de manière responsable et de parvenir à la vaincre. Les experts soulignent l'importance d'intégrer l'aspect psychoéducatif tout au long de la chaîne de prise en charge. Après un traitement en urgence, en particulier, les mesures psychoéducatives sont souvent négligées alors qu'elles pourraient contribuer de manière déterminante à la guérison du patient. La psychoéducation est étroitement liée à la question du comportement en matière de santé : selon le tableau clinique, les patients avec une comorbidité somato-psychique peuvent avoir un comportement qui entrave le processus de guérison (fréquente consommation de substances, habitudes trop sédentaires, torpeur généralisée, attitude indifférente, etc.). Permettre aux patients d'améliorer leurs compétences en matière de santé (concept de « health literacy »), c'est les sensibiliser à la nécessité d'assumer la responsabilité de leur santé, et leur fournir les outils à cet effet. Cette approche permet notamment d'aborder de manière très pertinente la question de la prise de poids provoquée par certains médicaments. Pour autant, il faut déterminer avec précision quelles tâches d'autogestion le patient est à même d'assumer aux différents stades de la lutte contre la maladie. L'idée est d'éviter tout surmenage, qui affecterait à son tour l'état de santé.

### **Compléments apportés au domaine thématique « Diagnostic et traitement »**

Selon les experts participant à l'atelier, plusieurs problématiques mentionnées dans le contexte du domaine thématique « Diagnostic et traitement » (chap. 2.3.2 et 2.4.2) sont d'une grande pertinence et devraient être complétées par les éléments ci-dessous :

- *Sous-diagnostic* : le sous-diagnostic des pathologies affectant les personnes avec une comorbidité somato-psychique constitue un défi primordial. Pour y répondre, il est nécessaire d'adopter, tout au long du diagnostic et du traitement, une approche holistique de l'état de santé psychique et somatique du patient.
- *Médication et documents retraçant l'itinéraire du patient* : la polymédication représente également un défi de taille. Ce dernier va souvent de pair, d'une part, avec une consommation

---

<sup>84</sup> Cf. Rabovsky/Stoppe 2008; 2006a; 2006b.

multiple de substances (phénomène fréquent chez les personnes atteintes d'une pathologie psychique) et, d'autre part, avec un comportement en matière de santé peu favorable à la guérison (mode de vie trop sédentaire, p. ex.). Selon les experts, il faut à ce sujet tenir compte du fait que les médicaments sont souvent prescrits par un grand nombre de spécialistes et qu'ils disposent d'expertises différentes en la matière. Par ailleurs, un suivi global de l'itinéraire du patient fait souvent défaut. Il est urgent de disposer d'un dossier du patient uniforme qui réunisse des informations générales sur le traitement dans son ensemble ainsi que des données plus spécifiques relatives aux médicaments prescrits. Un tel outil est essentiel pour la transmission d'informations à la fois entre les départements et les groupes professionnels d'un même établissement, et entre les différents établissements de soins.

- *Technologie et cybersanté* : le potentiel offert par la technologie doit être transposé intégralement à l'ensemble du processus de traitement (modèles tels que celui du « telemental health », c'est-à-dire l'utilisation de la télécommunication dans le domaine des soins).

### **Compléments apportés au domaine thématique « Système de soins et structure »**

Selon les experts participant à l'atelier, plusieurs problématiques mentionnées dans le contexte du domaine thématique « Système de soins et structure » (chap. 2.3.3 et 2.4.3) sont d'une grande pertinence et devraient être complétées par les éléments ci-dessous :

- *Culture de soins propre aux régions et aux établissements* : les experts attirent l'attention, d'une part, sur l'existence de spécificités propres à la culture des soins dans les milieux somatiques et psychiatriques. Si, dans les deux domaines, les professionnels de la santé se considèrent idéalement aussi comme des gestionnaires de cas suivant une approche holistique de la santé, la pratique clinique est souvent marquée par un degré élevé de spécialisation. D'autre part, ils indiquent que les spécialistes ne sont pas représentés de manière égale dans toute la Suisse, si bien que le contexte de la prise en charge de patients avec une comorbidité somato-psychique, domaine exigeant, varie d'une région à l'autre. Pour la Suisse alémanique, les experts rappellent en particulier le fait qu'aujourd'hui, les patients traités dans des établissements psychiatriques sont souvent pris en charge par des psychologues. Or, dans leur cursus actuel, aucune formation somatique n'est donnée, un point dont il faut tenir compte spécifiquement dans le quotidien professionnel, mais aussi au moment de la formation initiale et continue.
- *Fonction de coordination de certains professionnels de la santé* : les experts insistent sur la part de coordination extrêmement importante assumée par certains professionnels de la santé dans les soins aux patients avec une comorbidité somato-psychique. Ces professionnels jouent un rôle fondamental pour une prise en charge globale de ces patients ; pourtant, ils manquent souvent de reconnaissance et de financement. Ils se retrouvent alors souvent sursollicités. Il est essentiel de reconnaître leur rôle et de leur offrir le soutien dont ils ont besoin. Les experts mentionnent en particulier les professionnels suivants qui assument une fonction de coordination importante :
  - *Médecins de famille* : les médecins de famille sont souvent les professionnels les plus importants pour la prise en charge des personnes atteintes d'une comorbidité somato-psychique. Ils sont en effet les premiers interlocuteurs de bon nombre de patients et, dans le cas des pathologies non aiguës, souvent les seuls spécialistes impliqués dans l'ensemble du processus de traitement. Les médecins de famille précisent que les patients sont souvent peu attentifs à leur comorbidité somato-psychique ou qu'ils refusent d'appréhender leur santé de façon globale, ce qui constitue un obstacle supplémentaire dans leur prise en charge. Les médecins de famille ont besoin d'être soutenus pour assumer leur rôle global dans les soins à ce groupe de patients, c'est-à-dire pouvoir traiter correctement les patients et, si nécessaire, organiser leur transfert. Afin de soulager ces professionnels de la santé, les experts estiment qu'il est absolument essentiel de renforcer la collaboration entre les médecins de famille et les psychiatres et de mettre en place des offres à bas seuil (p. ex., proposées par des infirmiers avec un profil de PIA). À cet égard, il est indispensable de ne pas réduire le domaine ambulatoire à la pratique des médecins de famille, mais d'arriver à une prise de conscience générale

des différentes offres de soins en place. Il convient également de promouvoir des offres différentes et fonctionnant en complément les unes des autres.

- *Psychiatres* : de manière analogue à ce qui a été décrit pour les médecins de famille, les psychiatres sont dans de nombreux cas les principaux et souvent les seuls spécialistes impliqués dans la prise en charge des patients. Ils sont particulièrement mis à contribution dans ce rôle (surtout lorsqu'ils traitent de jeunes patients). On évoque alors parfois la fonction de « médecin de famille assumée par les psychiatres », et ces derniers méritent également d'être épaulés à cet égard. Ici aussi, il est capital de renforcer la collaboration entre les psychiatres et les médecins de famille ainsi que de créer des liens avec d'autres offres de soutien.
- *Infirmiers* : les experts consultés soulignent aussi la fonction de coordination assumée par les infirmiers dans divers domaines de soins. Ils estiment généralement que des formations initiales et continues adéquates permettraient de promouvoir davantage encore ce rôle de coordination. À leur sens, il est essentiel de mettre en avant la PIA en tant qu'offre de formation mettant à la disposition du personnel soignant un outil de prise en charge globale du patient et permettant un élargissement ciblé des compétences.
- *Réseaux régionaux* : les experts indiquent que la collaboration interdisciplinaire (notamment entre médecins de famille et psychiatres) repose encore essentiellement sur des initiatives individuelles de l'un ou l'autre professionnel de la santé. Afin d'encourager systématiquement ce type de coopération, des adaptations structurelles sont indispensables. Or, selon les experts, ces ajustements présupposent la création de réseaux régionaux qui offriraient aux professionnels de la santé une vue d'ensemble sur tout l'éventail de soins existants et une plate-forme institutionnalisée pour les échanges et la collaboration.
- *Proches* : les experts précisent qu'il est impératif d'inclure les proches de manière systématique et à un niveau structurel. Une telle inclusion, notamment dans le cadre d'une psychoéducation approfondie, permettrait d'améliorer substantiellement la coordination des soins dispensés aux patients avec une comorbidité somato-psychique. Toujours selon les experts, le système de soins devrait être conçu de sorte à proposer des offres à bas seuil permettant aussi bien d'épauler que de soulager les proches. Il convient de toujours garder à l'esprit que certains patients n'ont pas d'entourage social intact : ce type d'offres à bas seuil est également essentiel pour eux.
- *Financement* : cet aspect est considéré par de nombreux experts comme l'un des principaux points faibles, voire le défaut majeur, du système actuel de soins. La structure tarifaire en vigueur complique ou empêche la coordination des traitements de la comorbidité somato-psychique. Il faut réexaminer et adapter cette structure d'autant plus que le mandat de prestations des établissements est étroitement lié à ces tarifs et favorise de ce point de vue les traitements spécialisés et non pas une prise en charge holistique du patient. Les experts insistent sur le fait que tous les établissements ne travaillent pas avec les mêmes réalités et ressources économiques. Or, ces différences influencent considérablement le type et l'étendue de la collaboration interprofessionnelle réellement pratiquée. La question de savoir comment financer le temps à investir dans ces types d'échanges reste encore souvent ouverte. Pour autant, il existe un net consensus quant à l'amélioration considérable que l'échange interdisciplinaire peut apporter à la coordination des soins.

## 3.2 Champs d'actions prioritaires

Les experts participant à l'atelier d'évaluation ont confirmé la pertinence des trois domaines thématiques identifiés lors de l'analyse de situation (connaissances, diagnostic et traitement, système de soins et structure). Ils ont en outre relevé deux autres aspects déterminants : la stigmatisation et la discrimination, qui constituent un autre thème clé pour la prise en charge de patients avec une comorbidité somato-psychique.

Des champs d'action concrets pour chaque domaine thématique sont proposés ci-dessous sous la forme d'un tableau. Il s'agit d'initiatives qui ont été citées comme prioritaires par les experts au cours des discussions communes qui ont clos l'atelier d'évaluation.

Signalons de manière générale que les experts ont souligné la nécessité de coordonner les mesures concrètes avec les programmes déjà en place<sup>85</sup> et, si possible, de les intégrer à ces derniers. Ainsi, des mesures additionnelles ne seraient introduites que là où aucun autre dispositif n'est possible. Les experts rappellent la pertinence des projets pilotes qui permettent de tester des approches novatrices et, en cas de succès, de les reproduire.

Tableau 2 : champs d'action prioritaires

Domaine thématique	Champs d'action prioritaires
<b>Stigmatisation et discrimination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De manière générale, les experts recommandent de mettre en œuvre les champs d'action du thème « Connaissances » afin de lutter systématiquement contre la stigmatisation et la discrimination de patients avec une comorbidité somato-psychique.</li> </ul> <p>Les champs d'action spécifiques suivants ont en outre été mentionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Déstigmatisation au niveau des professionnels de la santé</i> : campagne anti-stigmatisation dans le système de santé afin de sensibiliser les professionnels du domaine aux thèmes de la stigmatisation et de la discrimination des patients avec une comorbidité somato-psychique et de contrer méthodiquement cette stigmatisation. Cette sensibilisation doit être systématiquement incluse dans les formations initiales et postgrades. Enfin, il faut également cibler les cadres dirigeants du domaine de la santé, qui assument souvent une fonction de modèle et jouent un rôle déterminant pour les professionnels en début de carrière.</li> <li>▪ <i>Déstigmatisation au niveau de la population</i> : campagne anti-stigmatisation auprès du grand public afin de favoriser une prévention primaire. Ici, les experts soulignent la pertinence des centres de santé à bas seuil (p. ex., concepts de centres de santé en ville) et de l'offre d'informations détaillées au premier point de contact (le médecin de famille, p. ex.).</li> </ul>
<b>Connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Connaissance interdisciplinaire de base dans les formations initiales et continues</i> : tous les professionnels de la santé doivent être formés aux compétences interdisciplinaires et à une approche biopsychosociale de la santé. Pour ce faire, les éléments pédagogiques communs doivent être soutenus et régulièrement actualisés au gré des nouvelles évolutions et défis (p. ex., modifications du tableau clinique, relation ou collaboration avec les proches). Différents moyens peuvent être utilisés à cet égard (cours, colloques, formation initiale ou continue, apprentissage et échange « sur le terrain », etc.). Le but est que les professionnels de la santé, tous domaines confondus, disposent d'un savoir de base interdisciplinaire et coordonnent la formation correspondante notamment dans le cadre de la plateforme « Avenir de la formation</li> </ul>

<sup>85</sup> Cf. les documents de référence cités au chap. 1.1 et sur lesquels la présente étude se fonde. Il est en particulier renvoyé aux mesures et programmes au moyen desquels l'OFSP et ses partenaires encouragent l'interdisciplinarité, le soutien aux proches aidants et le renforcement de la coordination via les outils de cybersanté.

Domaine thématique	Champs d'action prioritaires
	<p>médicale »<sup>86</sup>, actuellement mise en place par l'OFSP et ses partenaires.</p> <p>Par ailleurs, une connaissance interdisciplinaire de base doit être assurée lors de la formation des psychothérapeutes : des connaissances somatiques élémentaires doivent constituer le prérequis à l'accès au modèle de prescription pour la profession.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Connaissances interdisciplinaires avancées pour les professionnels de la santé assumant une fonction de coordination</i> : il existe un besoin accru de formation (initiale et continue) en matière de compétences interprofessionnelles pour les professionnels de la santé qui travaillent de façon interdisciplinaire, à l'interface entre plusieurs domaines de soins, et y assument une fonction de coordination importante (ils sont souvent les principaux interlocuteurs de certains patients). L'échange entre psychiatres et médecins de famille ainsi que des modules de formation communs aux deux professions paraissent ici centraux. Par ailleurs, il convient d'inclure dans les formations et de soutenir un autre groupe professionnel clé : les infirmiers.</li> <li>▪ <i>Partage de connaissances et développement</i> : connaître dans la pratique les offres de soins en place est essentiel. Les experts s'accordent à dire que des vues d'ensemble régionales et cantonales doivent être établies à l'intention des professionnels de la santé et des patients. De même, il faut créer des vues d'ensemble proposant des exemples de mesures instaurées avec succès, tels que des projets (pilotes), afin que ces bonnes pratiques puissent être reproduites et, le cas échéant, adoptées de manière généralisée.</li> <li>▪ <i>Recherche centrée sur la personne</i> : il convient d'encourager de manière générale la recherche sur la comorbidité somato-psychique. Les experts insistent sur la nécessité de tenir davantage compte du point de vue des patients (notamment en interrogeant ces derniers sur leur expérience du traitement)<sup>87</sup>. De même, la question de savoir où et comment la population s'informe sur les questions de santé est déterminante et mérite d'être approfondie (rôle d'Internet). Enfin, il faut procéder à une analyse méthodique des modèles utilisés avec succès dans certains domaines de soins pour abolir la stigmatisation des patients (en cas de cancer ou de démence notamment).</li> </ul>
<p><b>Diagnostic et traitement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Encouragement et soutien en faveur des professionnels de la santé assumant une fonction de coordination</i> : les domaines ambulatoire et stationnaire ont besoin de professionnels au bénéfice d'une formation interdisciplinaire et à même de diagnostiquer et de traiter avec compétence les maladies les plus courantes. Il faut en particulier renforcer la fonction de coordination des médecins de famille, des psychiatres et des infirmiers (avec un profil PIA). Les psychiatres exerçant en ambulatoire devraient, par exemple, avoir la possibilité d'effectuer des visites à domicile.</li> <li>▪ <i>Diagnostic différentiel</i> : des diagnostics différentiels et des plans de traitement interdisciplinaires systématiques devraient être assurés dans tous les domaines de soins.</li> <li>▪ <i>Méthodologie et collecte de données</i> : les questionnaires de soins et autres outils à disposition doivent être utilisés et développés de</li> </ul>

<sup>86</sup> Cf. BAG 2017c.

<sup>87</sup> Cf. Hirsbrunner 2017.

Domaine thématique	Champs d'action prioritaires
	<p>manière compétente et différenciée. Les experts remarquent par exemple que la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM-10), largement utilisée dans la planification hospitalière, ne traite pas des comorbidités de façon distincte. Les comorbidités somato-psychiques figurent néanmoins dans la cinquième édition du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie », ce qui contribue à attirer l'attention des professionnels de la santé sur les comorbidités et favorise un mode de pensée et d'action interdisciplinaire.</p>
<p><b>Système de soins et structure</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Incitations financières</i> : il faut mettre au point et promouvoir des modèles de financement attrayants pour les soins intégrés.</li> <li>▪ <i>Interdisciplinarité dans les mandats de prestation</i> : la collaboration interdisciplinaire doit être définie comme un objectif dans les mandats de prestation, et des incitations adéquates doivent être instaurées pour atteindre cet objectif. Cela suppose de régler préalablement la question du financement. Il faut ancrer dans le mandat de prestation (et dans la LAMal) la prise en charge adéquate des patients « tiers » (p. ex., les personnes atteintes d'une pathologie somatique aiguë traitées en clinique psychiatrique et les personnes atteintes d'une maladie psychique traitées dans des établissements de soins somatiques aigus).</li> <li>▪ <i>Promotion de projets pilotes</i> : ces projets novateurs doivent également être intégrés dans les modèles de financement (p. ex., la possibilité d'un financement via la LAMal).</li> <li>▪ <i>Services de consultation-liaison</i> : ces services occupent une place centrale pour tout le système de soins. Ils doivent donc être encouragés en conséquence, y compris en ce qui concerne la garantie de financement (via les services psychiatriques ou de soins somatiques aigus).</li> <li>▪ <i>Personnel soignant au profil PIA</i> : ces infirmiers jouent un rôle fondamental dans le soutien aux personnes atteintes de maladies psychiques ou somatiques chroniques. Selon les experts, il est essentiel d'inclure ces professionnels dans la prise en charge des patients susmentionnés (par ex., visites à domicile), en particulier dans les régions où l'accès aux soins est difficile et où les médecins de famille sont souvent les seuls professionnels de la santé à exercer. Les offres telles que les formations PIA et le mentorat par un médecin de famille accroissent l'attrait de ces professions. Concernant la PIA, la question du financement reste ouverte.</li> <li>▪ <i>Proches</i> : il faut inclure les proches de manière globale dans tous les domaines du système de soins. Les experts soulignent la nécessité de créer des centres de conseil indépendants pour les proches et de proposer des offres en ligne (p. ex., e-conseil). Ils demandent en outre que les formations initiales et continues des professionnels des soins psychiatriques et somatiques traitent également de la relation avec les proches, c'est-à-dire, entre autres, du développement de compétences sociales.</li> </ul>



## 4 Références bibliographiques et sitographiques

### 4.1 Références bibliographiques

- Barth, Volker (2011): *Sucht und Komorbidität: Grundlagen für die stationäre Therapie*, Heidelberg: ecomed Medizin.
- Baumeister, H.; Härter, M. (2011): *Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen*, in: Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 52-58.
- Baumeister, H.; Hutter, N.; Bengel, J.; Härter, M. (2011): *Quality of Life in Medically Ill Person with Comorbid Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in: Psychother Psychosom 2011;80:275–286.
- Berger, Mathias; Agyemang, Anja (2015): *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. 5. vollständig überarbeitete Auflage, München: Elsevier Urban & Fischer.
- Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.) (2016): *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne.
- Büchi, S. et al. (2010): *Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz – Gegenwart und Zukunft*. In: Schweizerische Ärztezeitung, 2010;91:4, S. 120-121. Verfügbar unter: [http://www.fmh.ch/files/pdf13/art\\_konsiliarpsy\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf13/art_konsiliarpsy_d.pdf) (27.2.2017).
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS (2016): *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Studie erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, 19. Oktober 2016.
- Bundesamt für Gesundheit (2017a): *Koordinierte Versorgung*. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/index.html?lang=de> (28.2.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2017b): *Gesundheit2020*. Verfügbar unter: [www.gesundheit2020.ch](http://www.gesundheit2020.ch) (28.2.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2017c): *Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung.html> (27.4.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2016a): *Koordinierte Versorgung. Patientengruppe 1: (Hoch-)betagte, multimorbide Menschen. Handlungsfelder und Massnahmen*. Version vom 23.03.2016. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/15938/15941/index.html?lang=de> (5.12.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (2016b): *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*. Juni 2016. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/index.html?lang=de> (5.12.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (2016c): *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische->

- [gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/aktionsplan-suizidpraevention.html](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html) (20.3.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2016d): *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html> (20.3.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2016e): *Nationale Demenzstrategie 2014–2019. Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie-2014-2017.html> (20.3.2017).
- Bundesamt für Gesundheit (2015a): *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bericht des BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2015b): *Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»*. Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/15938/15941/index.html?lang=de> (5.12.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (2015c): *Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html> (22.2.2017).
- Camenzind, P.; Bonassi, T. (2015). *Verbesserungspotenzial bei Qualität und Koordination in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen* (Obsan Bulletin 2/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Camenzind, P.; Petrini, L. (2014): *Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Dossier 43).
- Collins, P. Y. et al. (2013): *Grand Challenges in Global Mental Health: Integration in Research, Policy, and Practice*. In: PLOS Medicine, April 2013, Volume 10, Issue 4, e1001434. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23637578> (9.3.2017).
- Coventry P.; Lovell K. et al. (2015): *Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease*, in: BMJ. 2015; 350:638.
- De Hert, Marc et al. (2011a): *Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. In: World Psychiatry 2011;10:52-77. Verfügbar unter: [http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2011/2011\\_DeHert\\_Physical1.pdf](http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2011/2011_DeHert_Physical1.pdf) (27.2.2017).
- De Hert, Marc et al. (2011b): *Physical illness in patients with severe mental disorders. II Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level*. In: World Psychiatry 2011;10:138-151. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21633691> (27.2.2017).

- Dellenbach, Myriam; Angst, Silvia (2011): *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht Teilprojekt im Rahmen des Projektes „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“*. Verfügbar unter: [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1\\_de/a-public-health/4-aelttere-menschen/5-downloads/Via - Best-Practice-Studie Foerderung der psychischen Gesundheit im Alter.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aelttere-menschen/5-downloads/Via_-_Best-Practice-Studie_Foerderung_der_psychischen_Gesundheit_im_Alter.pdf) (Zugriff: Oktober 2016).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016): *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision. German Modification. Version 2016 mit Aktualisierung vom 21.12.2015. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/index.htm> (14.12.2016).
- Druss, BG; Bradford, D. et al. (2001): *Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders*. In: Archives of General Psychiatry, June 2001; 58.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2016): *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Fassung vom 11. März 2016, Bundesamt für Gesundheit, Bern. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/postulat-zukunft-der-psychiatrie.html> (20.3.2017).
- Eren, G. et al. (2013): *Veränderungen der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel nach Etablierung eines Ambulanten Dienstes Alterspsychiatrie (ADA)*. Verfügbar unter: DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349455>, Psychiat Prax (13.4.2017).
- Fleischhaker Walter Wolfgang et al. (2008): *Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges*. In: The Journal of Clinical Psychiatry, 2008 April 69 (4): 514-9.
- Frick, U.; Frick, H. (2010): *«Heavy Use» in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser* (Obsan Dossier 11). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Härter, M.; Baumeister, H. et al. (2007): *Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases*. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 76(6), 354-360.
- Hamer, M.; Stamatakis, E. (2008): *The accumulative effects of modifiable risk factors on inflammation and haemostasis*. In: Brain, Behavior and Immunity, 22, 1041-1043.
- Hartung, T.J. et al. (2017): *The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types*. In: European Journal of Cancer 72 (2017) 46:53.
- Himmelberger, Stephan Josef (2012): *Prävalenz psychiatrischer Diagnosen/Komorbidität von ambulant-medizinisch betreuten Patienten*. Doktorarbeit unter Leitung von PD Dr. med. D. Keller Lang, Zürich.
- IG eMediplan (2017): *eMediplan*. Verfügbar unter: <http://emediplan.ch> (27.2.2017).
- Interface (2015): *Literaturstudie und Bestandesaufnahme zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting*. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, Luzern, 28. Mai 2015.

- Jakovljević, Miro; Crncevic Zeljika (2012): *Comorbidity as an epistemological challenge to modern psychiatry*. In: Dial Phil Ment Neuro Sci 2012; 5(1): 1-13. Verfügbar unter: [http://www.academia.edu/10933907/Comorbidity\\_as\\_an\\_epistemological\\_challenge\\_to\\_modern\\_psychiatry](http://www.academia.edu/10933907/Comorbidity_as_an_epistemological_challenge_to_modern_psychiatry) (10.1.2017).
- Jakovljević, Miro (2009): *Psychopharmacotherapy and comorbidity: conceptual and epistemological issues, dilemmas and controversies*. In: Psychiatria Danubina, 2009; Vol. 21, No. 3, 333-340.
- Jörg R., Ruffin R. (2016): *Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandaufnahme – Schlussbericht*. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Mai 2016, Bern.
- Kaiser, E. (2014): «Win-Win-Win» – die Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte und Psychiater. In: Synapse, Ausgabe 6, Dezember 2014, S. 18.
- Kasper, S.; Blanz, B. (2014): *Psychiatrie und Psychotherapie compact: das gesamte Facharztwissen*. 3. überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme.
- Koch, U., Mehnert, A., Härter, M. (2011): *Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität*. In: Bundesgesundheitsblatt 54: 1. doi:10.1007.
- Komorbidität: Sucht und komorbide Störungen, 20 Jahre Doppeldiagnosen im Diskurs*. Behandlung von Komorbidität, Suchtmittel bei Depression und Angststörungen, Stationäres Setting, Cannabis und Komorbidität, Adoleszenz: Das SOMOSA-Konzept, Case Management, Heroingestützte Behandlung, Angehörigenarbeit, SuchtMagazin; Jg.40:Nr.1(2014), Bern, Infodrog.
- Kuhnt, Susanne et al. (2016): *Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients*. In: Psychother Psychosom 2016;85:289-296.
- Mascherek, A.; Schwappach, D. (Hg. 2015): *Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Bestandaufnahme und Aktionsplan – Wo steht die Schweiz?* hg. von der Stiftung für Patientensicherheit. Verfügbar unter: <http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Identifikation-von-Risiken/Patientensicherheit-in-der-psychiatrischen-Versorgung.html> (9.3.2017)
- Mercer, Stewart W. et al (2012): *Managing patients with mental and physical Multimorbidity. Changes are needed in policy, research, and practice*. In: BMJ 2012;345:e5559, 3 September 2012.
- Messerli-Bürgy, N.; Munsch, S. (2016): *Die Interaktion zwischen physischer und psychischer Gesundheit*. In: Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.): Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne, S. 42-47.
- Moffat, Keith; Mercer, Stewart W. (2015): *Challenges of managing people with multimorbidity in todays healthcare systems*. In: BMC Family Practice (2015) 16:129.
- Mohr, Wanda K. (Hg.) (2013): *Psychiatric-mental health nursing: evidence-based concepts, skills, and practices*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Naylor, C.; Das, P.; Ross, S.; Honeyman, M.; Thompson, J.; Gilbert, H. (2016): *Bringing together mental and physical health. A new frontier for integrated care*. London: The Kings Fund. Verfügbar unter: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/Bringing-together-Kings-Fund-March-2016\\_1.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Bringing-together-Kings-Fund-March-2016_1.pdf) (02.2.2017).

- Ngo K. V. et al. (2013): *Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda*. In: PLoS Med 10(5): e1001443. doi:10.1371/journal.pmed.1001443. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653779/> (9.3.2017).
- Patel V. et al. (2013) *Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms*. PLoS Med 10(5): e1001448. doi:10.1371/journal.pmed.1001448. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737736> (9.3.2017).
- Polynomics; Helsana (2014): *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Olten, 19. Dezember 2014.*
- Rabovsky, K.; Stoppe, G. (2008): *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen*. Urban&Fischer.
- Rabovsky, K.; Stoppe, G. (2006a): *Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht*. In: Nervenarzt 2006 · 77:538–548.
- Rabovsky, K.; Stoppe, G. (2006b): *Prävention und Behandlung von Non-Compliance und Gesamtbehandlungsabbruch*. In: psychoneuro 2006; 32 (6), 231-236.
- Rasgon, N.; Jarvik, L. (2004): *Insulin resistance, affective disorders, and Alzheimer's disease: review and hypothesis*. In: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59 (2):178-183.
- Robson, D; Haddad, M. et al. (2012): *Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness*. In: International Journal of Mental Health Nursing, Volume 22, Issue 5 October 2013, 409-417. Verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2012.00883.x/abstract> (27.2.2017).
- Roth, B; Munsch, S. et al (2004): *Psychologische Aspekte der kindlichen Adipositas und ihre Behandlung*. In: Paediatrica, Vol. 15 No. 6, 2004, S. 24-26. Verfügbar unter: <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol15/n6/pdf/24-26.pdf> (1.3.2017).
- Saha, S. et al. (2007): *A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia. Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time?* In: ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 64 (NO. 10), OCT 2007.
- Sartorius, Norman; Holt, Richard I.G.; Maj, Mario (Hg.) (2015): *Comorbidity of mental and physical disorders*. In: Key issues in mental health; vol. 179.
- Sartorius, Norman (2013): *Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century*, in: Medicina Academica Mostariensia, 2013; Vol. 1, No. 1: 4-5.
- Schäfli, N.; Wolfensberger, P. (2013): *Fachwissen? Mangelware! – Integration somatischer Themen in die psychiatrische Pflege*. In: Psych Pflege, 19, 18-20.
- Schäfli, N. et al. (2012): *Mens sana in corpore sano – wie können somatische Themen in der psychiatrischen Pflege integriert werden?* Kongressband Dreiländerkongress Psychiatrische Pflege, Bern.
- Schmidt, U. et al. (2016): *Eating disorders: the big issue*. In: The Lancet, Vol 3, April 2016, 313-315.

- Schuler, Daniela et al. (2016): *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D.; Tuch, A.; Buscher, N.; Camenzind, P. (2016): *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schwarze, T.; Steinauer, R. (2016): *Somatische Pflege in psychiatrischen Einrichtungen: Quo vadis?*, in: *Psychiatrische Pflege* (2016), 1 (3-4): 13-15.
- socialdesign (2014): *Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung. Eine Bestandsaufnahme*. Studie im Auftrag des BAG.
- Sprah, Lilijana et al. (2017): *Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review*. In: *BMC Psychiatry* (2017) 17:2.
- Steinhausen, Hans-Christoph (2002): *The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century*. In: *Am J Psychiatry* 159:8, August 2002.
- Stieglitz, Rolf-Dieter; Volz, Hans-Peter (2007): *Komorbidität bei psychischen Störungen*, Bremen: UNI-MED-Verlag.
- Stoppe, G. (Hrsg.) (2011): *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Ergebnisse und Forderungen an die Versorgungsforschung*. Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Reihen-Hrsg.) Report Versorgungsforschung, Band 3. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Treasure, J.; Claudino, A. M.; Zucker, N. (2009): *Eating disorders*. In: *The Lancet*, 19 November 2009, COR:10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland (2015): Pflegesymposium «Die eine Krankheit schmerzt die Seele, die andere den Körper. Pflege brauchen beide», 5. Februar 2015, Basel, Fachreferate (unveröffentlicht). Programm verfügbar unter: <https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/veranstaltungen/einladung-pflegesymposium-digital.pdf> (21.2.2017).
- Universitätsspital Basel (2017): *Basler Demenz-Delir Programm*. Verfügbar unter: <https://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/ressorts/pflege-mt/angebot/praxisentwicklung/advanced-nursing-practice-anp/basler-demenz-delir-programm/> (19.4.2017).
- Van den Brink, A. M. A. et al. (Hg.). (2014): *Patients with mental-physical multimorbidity: do not let them fall by the wayside*. In: *International Psychogeriatrics* (2014), 26:10, 1585-1589.
- Van den Bussche, H.; Von Leitner, E.C. (2011): *Demenz, Komorbidität und Versorgungsqualität – Eine Exploration* In: *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen: Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung*, S. 141-150.
- Von Korff, Michael R. von et al. (Hg.) (2009): *Global perspectives on mental-physical comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Widmer, M.; Kohler, D. (2015). *Behandlungsketten und ihre Schnittstellen* (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Wieser, S. et al. (2014): *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht*. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Nationale Präventionsprogramme, 16. Juni 2014.

WHO (2016a): *The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview*. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf) (5.12.2016).

WHO (2016b): *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Priority. Conference April 13-14, 2016*. Verfügbar unter: <http://www.worldbank.org/en/events/2016/03/09/out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-priority> (12.4.2017).

Zekry, D. et al. (2007): *Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status*. In: *Age and Ageing* 2008; 37: 83–89.

Zipfel, S.; Giel, K. E. et al. (2015): *Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment*. In: *Lancet Psychiatry*, 27 October 2015, doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9, 1-13.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; Universität Zürich (2014): *Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung. Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Schlussbericht*. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Winterthur/Zürich, November 2014.

## 4.2 Références sitographiques

### *Autres sources*

Brügger, S.; Kohli L.; Sottas, B.: *Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung* (sans indication d'année, non publié, confidentiel).

Hirsbrunner, T. (2017): *Wie erleben Patienten den Eintritt in eine psychiatrische Klinik?* Vortrag im Rahmen des Pflegeforums vom 21. Februar 2017, Psychiatrische Dienste und Spitäler Solothurn (non publié, confidentiel).

### *Sites web / banques de données en ligne*

Chochrane-Library. <http://www.cochranelibrary.com/>

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5).  
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Embase. <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>

Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern. <http://www.iham-cc.ch/weiterbildung/curriculum-hausarztmedizin.html>

Medline / PubMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

PsycInfo. <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/>

Psyndex. <https://www.zpid.de/index.php?wahl=PSYINDEX>

PubPsych. <https://www.pubpsych.de/>

## 5 Annexe

### 5.1 Comorbidités somato-psychiques

La compilation présentée ici s'appuie sur la littérature spécialisée actuellement disponible<sup>88</sup> et propose un aperçu des comorbidités somatiques associées aux troubles psychiques. Le chapitre débute avec quelques remarques d'ordre général ; les comorbidités sont ensuite répertoriées par groupe de diagnostic F. Il est parfois fait mention des comorbidités psychiques apparaissant en lien avec un de ces groupes. Au sein de certains groupes de diagnostic F et en fin de compilation, figurent en outre quelques autres comorbidités psychiques associées à des troubles somatiques (toujours sur la base de la littérature spécialisée). Toutes les descriptions ci-dessous constituent une compilation des observations basées sur un diagnostic qui, tout comme la littérature spécialisée consultée, met l'accent sur les personnes atteintes d'une maladie psychique et souffrant parallèlement d'une pathologie physique. Il ne s'agit pas ici d'un récapitulatif exhaustif et définitif de toutes les comorbidités somato-psychiques existantes.

#### 5.1.1 Comorbidités somatiques accompagnant les troubles psychiques

##### 5.1.1.1 Généralités

- Les recommandations et études actuellement disponibles montrent que les maladies physiques chroniques constituent le problème le plus courant chez les patients atteints d'un trouble psychique.
- Chez les patients transférés depuis un établissement psychiatrique vers une unité de soins somatiques aigus, on constate un grand nombre de complications cardiovasculaires (infarctus ou arythmies) et d'urgences endocriniennes (acidocétose diabétique ou hypoglycémie / hyperglycémie sévère).
- Chez les personnes atteintes de troubles psychiques, les cas de diabète sont plus fréquents qu'au sein de la population générale.
- Le risque à dix ans d'incident cardiovasculaire est plus élevé chez les patients avec une pathologie psychique (+50 % pour les femmes et +34 % pour les hommes). Le risque d'affections pulmonaires, de maladies neurologiques, d'infections ou de tumeurs malignes (hépatites, VIH) est également plus important.

##### 5.1.1.2 Comorbidités au sein des groupes de diagnostic F

#### **F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (démence, délire et autres syndromes cérébraux organiques)**

Voici une compilation des maladies organiques qui s'accompagnent fréquemment de troubles du groupe F00-F09.

- *Épilepsie* : on constate chez 30 à 50 % des épileptiques des symptômes psychiatriques au cours de la maladie. Pour cette pathologie, il faut être particulièrement attentif aux effets de la médication.
- *Tumeur cérébrale* : on constate chez 50 % environ des personnes atteintes de cette tumeur des symptômes psychiatriques au cours de la maladie. Le délire est en général la conséquence d'une tumeur à croissance rapide, de taille importante ou multiloculaire.
- *Encephalomyelitis disseminata (sclérose en plaques)* : 30 à 50 % environ des patients atteints de cette pathologie souffrent de déficits cognitifs dont la gravité peut varier. Il s'agit souvent d'une altération de la mémoire, d'euphorie, de dépression et de troubles de la personnalité. On constate chez 25 à 50 % environ de ces patients des problèmes de dépression et un taux plus élevé de suicide. Les changements de personnalité concernent environ 20 à 40 % des patients.

<sup>88</sup> Cf. BAG 2016c; Berger/Agyemang 2015; Frick/Frick 2010; Kasper/Blanz 2016; Schuler et al. 2016; Schwarze/Steinauer 2016; Stieglitz/Volz 2007.



- *Lupus érythémateux systémique ou disséminé* : jusqu'à 50 % des patients atteints de cette pathologie montrent initialement, au moment de la manifestation des symptômes, des troubles psychiques, et plus particulièrement une dépression, des troubles du sommeil, une labilité émotionnelle et un état nerveux ou confus. Dans certains cas, ces troubles sont aggravés par la médication (prise de stéroïdes notamment).
- *Autres comorbidités somatiques fréquentes* : encéphalite herpétique, syphilis, maladies de la thyroïde (hyperthyroïdie), maladies des glandes parathyroïdes ou des glandes surrénales et maladies du métabolisme.

#### *Démence*

Si la question de la comorbidité avec des troubles somatiques est particulièrement intéressante, c'est principalement parce qu'elle donne des indications claires sur le lien entre certaines pathologies physiques (ou facteurs de risques somatiques) et l'apparition ultérieure d'une démence. On pensait initialement que c'était surtout la démence vasculaire qui était fréquente chez les patients présentant des risques cardio-vasculaires (pression sanguine particulièrement élevée et métabolisme diabétique). Or, selon des études épidémiologiques plus récentes, ces facteurs de risque jouent également un rôle dans les démences de type Alzheimer. Rasgon/Jarvic (2004) affirment que la comorbidité entre démence et dépression pourrait être principalement liée à une résistance à l'insuline excessive chez les patients dépressifs, qui entraînerait une hyperinsulinémie et un dérèglement du métabolisme du glucose. Selon eux, cette insulino-résistance, très fréquente chez les patients souffrant de dépression, provoquerait un taux accru de démence dans ce groupe de patients en raison de modifications structurelles directes du système nerveux central dues à un dérèglement du métabolisme du glucose et à des risques cardio-vasculaires importants. Toujours selon Rasgon/Jarvic (2004), cette hypothèse intéressante doit toutefois encore être étayée par d'autres études. Enfin, on constate chez les patients atteints de démence une morbidité nettement plus élevée pour un grand nombre de maladies des organes internes et d'autres pathologies (pneumonie, fractures osseuses, troubles électrolytiques).

#### **F10-19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (abus d'alcool ou d'autres substances psycho-actives / de drogues et alcoolisme ou dépendance aux substances psycho-actives / aux drogues**

- Chez les personnes avec des problèmes de dépendance, les pathologies psychiques et physiques sont étroitement liées. Dans la Stratégie nationale Addictions 2017-2024 est mentionnée à cet égard la nécessité d'« amener les fournisseurs de prestations à orientation plutôt médico-psychiatrique et ceux du domaine médico-social et psychosocial à travailler davantage en réseau et à développer une coopération efficace afin qu'ils puissent, malgré les différences entre leurs cadres financiers et légaux respectifs, garantir durablement la qualité et l'efficacité du système de prévention et de traitement des addictions »<sup>89</sup>. Toujours selon cette stratégie, il y a aussi lieu d'améliorer la collaboration avec d'autres fournisseurs de prestations également concernés, mais situés hors du système d'aide en cas d'addiction. À cet égard, il est important de tenir généralement compte du fait qu'environ un quart des personnes traitées en milieu stationnaire suite à un diagnostic psychiatrique a des problèmes liés à des substances<sup>90</sup>. Il est notamment précisé dans la stratégie susmentionnée que « l'addiction s'accompagne (fréquemment) d'autres troubles psychiques. La consommation de drogues par voie intraveineuse est souvent impliquée dans la transmission de maladies infectieuses comme le VIH ou l'hépatite. Si les mesures de réduction des risques ont permis de diminuer fortement le nombre de nouvelles infections par le VIH, on estime que les usagers des institutions à bas seuil sont 40 % à être porteurs du virus de l'hépatite C. »<sup>91</sup>. D'ailleurs, dans le plan de mesures de la Stratégie nationale Addictions, les points 6.4 « Promotion de l'intégration d'objectifs pédagogiques liés à la médecine de l'addiction dans la formation et le perfectionnement des professionnels dans le domaine médical et des

<sup>89</sup> BAG 2015c, Stratégie nationale Addictions 2017-2024, p. 41.

<sup>90</sup> BAG 2015c, Stratégie nationale Addictions 2017-2024, p. 34.

<sup>91</sup> BAG 2015c, Stratégie nationale Addictions 2017-2024, p. 36.

professionnels de la santé du niveau tertiaire A » et 2.5 « Définition, diffusion et mise en œuvre de normes spécifiques pour le traitement des addictions en médecine de premier recours » tiennent compte de cette problématique<sup>92</sup>.

- *Utilisation nocive et dépendance à l'alcool et aux drogues illégales* : l'alcool et l'héroïne en particulier peuvent entraîner de nombreuses maladies secondaires, généralement bien connues (polyneuropathie, cirrhose du foie, hépatites, infections VIH, etc.). Il existe en revanche peu de collecte systématique de données concernant les comorbidités somatiques de ces complications. Les comorbidités liées aux addictions (hépatologie et infectiologie – psychiatrie, maladies secondaires, VIH) entraînent une prise en charge exigeante et des coûts très importants. Compte tenu de la cherté des médicaments, une coordination complète avec les caisses-maladie est donc pertinente.

### **F20-F29 : schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (les diverses formes de la maladie)**

- Parmi les personnes atteintes de schizophrénie, 50 à 80 % des patients traités en milieu stationnaire et 20 à 40 % de ceux bénéficiant de soins ambulatoires sont touchés par des pathologies des organes internes. Dans 50 % des cas, l'état psychique s'en trouve dégradé, et dans 7 % des cas, ces maladies vont jusqu'à mettre en danger la vie du patient. Chez les personnes atteintes de schizophrénie, on constate une corrélation positive avec des infections, le syndrome métabolique, le diabète sucré, l'artériosclérose et des événements cardio-vasculaires. La principale comorbidité psychique est l'utilisation nocive de substances telles que l'alcool, les stimulants, la benzodiazépine, les hallucinogènes, les médicaments anti-Parkinson, la caféine et le tabac. Même si, grâce à la pratique clinique, on sait que les patients atteints de troubles schizotypiques ou de troubles délirants persistants ou induits présentent souvent une comorbidité sévère en cas d'addiction liée à des substances, il n'existe que très peu de publications fondées à cet égard. Le même constat vaut pour le trouble psychotique aigu et transitoire. Quant aux troubles schizo-affectifs induits par une schizophrénie, on peut leur appliquer le constat susmentionné relatif à la schizophrénie. Un diagnostic différentiel est nécessaire pour reconnaître correctement une schizophrénie et notamment pour exclure la présence d'une pathologie organique ou d'autres maladies psychiatriques.
- Le diabète est deux à trois fois plus fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie que parmi la population générale.
- Une difficulté majeure réside dans le fait que les maladies somatiques sont plus rarement diagnostiquées chez ces patients (absence des compétences nécessaires chez les professionnels de la santé, stigmatisation de la pathologie psychique et surtout des personnes schizo-phrènes). En outre, la symptomatologie de la schizophrénie en tant que telle peut compromettre l'identification des pathologies somatiques. En effet, les personnes avec des symptômes négatifs ou des troubles cognitifs sévères accordent moins d'attention à des symptômes physiques, qui pourraient indiquer la présence d'une pathologie. De plus, les patients atteints de schizophrénie ont une sensibilité réduite à la douleur.

### **F30-F39 : troubles de l'humeur [affectifs] (dépressions, manies, troubles bipolaires)**

- Les dépressions sont très souvent concomitantes à d'autres pathologies aussi bien psychiques que physiques. Le risque de dépression est plus important chez les personnes atteintes d'un cancer ou du VIH / sida ainsi que chez les diabétiques et les patients ayant subi un infarctus.
- Environ 50 % des personnes touchées par un épisode dépressif sont également atteintes par un autre trouble psychiatrique. Il existe par ailleurs une comorbidité plus élevée avec des maladies somatiques, au premier rang desquelles les pathologies cardiaques (insuffisance cardiaque, pathologie coronarienne y c. infarctus), le syndrome parkinsonien, le diabète sucré et l'insuffisance rénale. Environ 15 à 23 % des patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde souffrent ensuite d'une dépression.

<sup>92</sup> BAG 2015c, Stratégie nationale Addictions 2017-2024, plan de mesures.

- Il est indispensable d'effectuer un diagnostic différentiel afin d'exclure la présence de pathologies organiques ou d'autres maladies psychiatriques.

#### **F40-F48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, symptômes somatoformes)**

##### *Troubles anxieux*

- Ces troubles se caractérisent principalement par des manifestations aussi bien psychiques que physiques de symptômes anxieux et des comportements d'évitement. Les symptômes physiques et psychiques apparaissent soudainement et avec des interdépendances diverses. Les symptômes physiques des troubles anxieux peuvent être d'ordre cardiovasculaire, neurologique, gastro-intestinal, respiratoire ou combiner différents groupes de symptômes. Il est indispensable d'effectuer un diagnostic différentiel afin d'exclure la présence de pathologies organiques ou d'autres maladies psychiatriques.
- Les études consacrées à la comorbidité en cas de troubles anxieux sont assez peu nombreuses. Des liens importants avec les troubles cardiaques, l'hypertension, les troubles gastrointestinaux et les troubles de l'appareil génito-urinaire ainsi que les migraines ont été étudiés. Par exemple, lors de troubles d'anxiété généralisés (TAG) : au moment de consulter leur médecin de famille, moins de 20 % des personnes concernées se plaignent de symptômes psychiques. Les TAG sont habituellement associés à des troubles physiques. Or, l'existence d'un trouble somatique réduit considérablement la probabilité que des TAG soient diagnostiqués.

##### *Troubles obsessionnels compulsifs*

- Les patients atteints de tels troubles présentent une symptomatologie variée et consultent donc plusieurs catégories de médecins (dermatologues, médecin de famille, spécialistes de la médecine interne, neurologues, obstétriciens, chirurgiens plastiques, dentistes ou pédiatres notamment). Un diagnostic différentiel est indispensable : il y a souvent une comorbidité avec un trouble dépressif ou schizophrénique.
- Les études concernant la comorbidité en cas de troubles obsessionnels sont assez peu nombreuses. Selon l'état actuel des recherches, les comportements obsessionnels compulsifs apparaissent souvent en lien avec des pathologies neurologiques (épilepsie, syndrome de Parkinson, Chorée de Sydenham).

##### *Troubles liés à des facteurs de stress et troubles de l'adaptation*

- Le diagnostic différentiel permet de distinguer les trois formes de la maladie (réaction aiguë à un facteur de stress, état de stress post-traumatique, trouble de l'adaptation) et d'établir une distinction avec d'autres pathologies psychiatriques.
- État de stress post-traumatique : les symptômes somatiques sont fréquents (problèmes gastro-intestinaux, douleurs, symptômes cardio-vasculaires et difficultés d'ordre psychosexuel notamment). Lors de cancers, les taux de comorbidité peuvent atteindre 32 %.

##### *Troubles somatoformes*

- Attention : auparavant, les pathologies somato-psychiques englobaient traditionnellement l'asthme bronchique, la colite ulcéreuse, l'hypertonie artérielle essentielle, l'arthrite rhumatoïde, la neurodermite et l'ulcère gastrique. Aujourd'hui, ces maladies sont uniquement codées dans le contexte des pathologies physiques et non pas dans celui des troubles psychiatriques.
- Il est essentiel de procéder à un diagnostic différentiel permettant de distinguer les maladies somatiques des troubles psychiatriques, et surtout pour différencier les différentes variantes de troubles somatoformes. Or, il n'est pas rare que le diagnostic différentiel soit compliqué par une prise souvent excessive de médicaments. Il convient de tenir précisément compte des différences entre les troubles de somatisation et une pathologie physique.

##### *Troubles dissociatifs*

- Ce type de trouble survient souvent en lien avec d'autres maladies psychiques.

### **F50-F59 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (troubles du comportement alimentaire, troubles de la fonction sexuelle, insomnie)**

- Le groupe de diagnostic F5 (dont font partie les troubles du comportement alimentaire) affiche la plus forte intensité de soins somatiques. Ici, le nombre de jours de traitement somatique est presque treize fois plus élevé que celui d'un groupe de population témoin présentant des caractéristiques similaires (âge et sexe).

#### *Troubles du comportement alimentaire*

- Ces troubles sont des troubles psychiques polymorbides
- Les patients atteints d'anorexie (*anorexia nervosa*) ou de boulimie (*bulimia nervosa*) consultent souvent un médecin en raison de difficultés non spécifiques résultant de leur trouble du comportement alimentaire. Le diagnostic est en principe posé sur la base d'une exploration ciblée des motifs du patient. Il faut exclure les tableaux cliniques organiques, et un examen de médecine interne doit toujours être effectué au moment du diagnostic primaire.

#### *Trouble de la fonction sexuelle*

- Il faut garder à l'esprit la différence importante qui existe entre les troubles de la fonction sexuelle organiques et non organiques.

#### *Troubles du sommeil*

- Il faut garder à l'esprit la différence importante qui existe entre les troubles du sommeil organiques et non organiques. Un examen de polysomnographie est indispensable.

### **F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité émotionnellement labile, personnalité paranoïde, contrôle et régulation limités des impulsions)**

#### *Troubles de la personnalité et du comportement*

- On constate principalement une comorbidité avec d'autres troubles psychiques et troubles de la personnalité.
- De façon générale, il convient de noter qu'en cas de troubles de la personnalité, un diagnostic fiable relatif à une comorbidité ne peut souvent être posé qu'après disparition des symptômes aigus principaux.
- Il est important de faire ici la distinction avec des pathologies organiques, et en particulier avec un changement d'attitude ou de personnalité d'origine organique tel qu'il intervient souvent également suite à des lésions cérébrales d'origines très variées (exacerbation ou aplatissement de la personnalité avec une labilité émotionnelle, humeur dysphorique, irritabilité ou épisodes agressifs). Il faut également tenir compte des pathologies suivantes : syndrome frontal dans le contexte d'un processus dégénératif (maladie de Niemann-Pick, syndromes post-commotionnels et post-encéphalitiques), lésions cérébrales périnatales ou consommation importante d'alcool et de cannabis durant de nombreuses années.
- Les études sur les comorbidités somatiques accompagnant les troubles de la personnalité sont assez peu nombreuses. Chez ces patients, les troubles somatiques résultent souvent d'une utilisation nocive (addiction) de substances psychotropes (alcool principalement).

#### *Troubles de l'identité sexuelle / troubles de la préférence sexuelle*

- On constate principalement une comorbidité avec d'autres troubles psychiques.

### **F70-F79 : F70-F79 retard mental (de différents degrés)**

- On constate principalement une comorbidité avec d'autres troubles psychiques.

### **F80-F89 : troubles du développement psychologique (troubles de développement du langage et de l'élocution, des acquisitions scolaires, du développement moteur)**

- On constate principalement une comorbidité avec d'autres troubles psychiques.

### **F90-F98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (troubles hyperkinétiques, troubles du fonctionnement social, tics)**

- On constate principalement une comorbidité avec d'autres troubles psychiques.
- Trouble de l'attention / trouble avec hyperactivité (TDAH) chez l'adulte : il existe relativement peu d'études à ce sujet. On constate par exemple une comorbidité accrue avec l'asthme. Il convient notamment d'examiner de manière générale les liens avec le syndrome des jambes sans repos et les tics.

#### **5.1.2 Comorbidités psychiques accompagnant les troubles somatiques**

- De manière générale, le lien entre pathologies chroniques non transmissibles et maladies psychiques est d'une importance capitale.
- La polymorbidité est particulièrement marquée pour les maladies somatiques suivantes : pathologies cardio-vasculaires et cérébrovasculaires, maladies endocriniennes, maladies neurologiques, troubles sensoriels, troubles moteurs, attaques cérébrales et incontinence.
- Il est largement attesté que les personnes atteintes d'un cancer, du VIH / sida de même que les patients diabétiques ou ayant subi un infarctus ou une attaque d'apoplexie présentent un risque accru de dépression.
- Maux de dos : le recours aux prestations en cabinet par des personnes atteintes de troubles psychiques *et* de maux de dos est particulièrement élevé.
- Maladie somatique chronique (*latent class* / LC6) : en termes de pathologies diagnostiquées on remarque chez ces patients deux pics, constants sur toute la période d'observation, mais avec une prévalence croissante : entre 15 % et 20 % des personnes appartenant à cette catégorie latente présentent des troubles imputables à des substances (F1), et entre 10 % et 17 %, des troubles affectifs (F3). On observe également, dans une moindre mesure, des troubles névrotiques (F4) (y c. des troubles somatoformes). En Suisse, la dépendance à l'alcool est le trouble imputable à une substance le plus fréquemment traité. De nombreuses études (Rehm, Room et al. 2004) montrent que la consommation d'alcool constitue un facteur de risque pour plus de soixante pathologies somatiques. La proportion élevée de troubles affectifs pourrait être imputable à l'âge, qui constituerait ainsi la variable tierce expliquant la corrélation. En effet, avec l'âge, les risques de maladies somatiques comme ceux d'une dépression gériatrique augmentent.

## 5.2 Partenaires interviewés

Les entretiens spécialisés avec les experts ont été menés entre le 19 janvier 2017 et le 9 mars 2017<sup>93</sup>.

Tableau 3 : partenaires interviewés

Entité	Partenaires interviewés
Clinique privée de Meiringen Centre pour la santé psychique	P <sup>r</sup> Thomas Jörg Müller, Médecin spécialiste de la psychiatrie et de la psychothérapie Médecin-chef, directeur médical  Jusqu'au 31 décembre 2017 : médecin-chef et directeur adjoint de la Clinique universitaire et polyclinique psychiatrique, Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU)
Hôpital universitaire de Zurich Centre pour les troubles du comportement alimentaire	P <sup>r</sup> Gabriella Milos, médecin responsable
Office de la santé, canton de Thurgovie Médecins de famille	D <sup>r</sup> Olivier Kappeler Médecin cantonal TG et médecin de famille
Peer+, association spécialisée d'experts par expérience des souffrances psychiques et de leur guérison	Renata Bleichenbacher Membre du comité et paire aidante Services psychiatriques Sud Clinique St. Pirminsberg, Pfäfers
Clinique psychiatrique universitaire de Bâle Centre pour les addictions Représentants des experts en soins	Regine Steinauer Master ès sciences infirmières Direction des soins infirmiers ambulatoires ADS / Janus Centre PIA pour les addictions
Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)	D <sup>r</sup> Pierre Vallon, président Psychiatre exerçant à Morges (cabinet)
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)	D <sup>r</sup> Markus Eichelberger Médecin praticien hospitalier II, Hôpital de l'Île, Berne FMH en médecine interne Attestation Médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP)
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS)/ Institut pour la médecine d'urgence Hôpital universitaire de Zurich	P <sup>r</sup> Dagmar Keller Lang Membre du comité SSMUS Directrice Institut pour la médecine d'urgence Hôpital universitaire de Zurich

<sup>93</sup> Lors de la sélection des partenaires interviewés, la priorité a été accordée à des entités disposant d'une perspective couvrant autant que possible la Suisse entière. L'objectif était que toutes les régions (notamment linguistiques) du pays soient équitablement représentées. Les entités partenaires ont pu elles-mêmes désigner leurs experts. Il en a résulté une prédominance alémanique que la composition régionale et linguistique des experts invités à l'atelier d'évaluation a tenté de contrebalancer. Lors de l'atelier, recueillir des points de vue représentatifs de l'ensemble du pays et des opinions différentes a également été considéré comme un point central.

## 5.3 Guide pour l'interview des experts

Les entretiens téléphoniques avec les spécialistes ont été menés sur la base du présent guide.

1. **Quels sont les patients pour lesquels il existe un besoin de coordination particulièrement élevé à l'interface entre les soins somatiques aigus et la psychiatrie, de manière générale et plus particulièrement dans le domaine stationnaire ?**  
*Par exemple, en raison du contexte institutionnel, de la taille du groupe de patients ou des coûts de santé*
2. **Quelle est votre évaluation de l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie » en Suisse ?**
3. **Quels sont les défis actuels en matière d'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie » en Suisse ?**  
*Ou dans certains sous-domaines spécifiques au sein de cette interface*
4. **Au vu de ces défis et des besoins de coordination susmentionnés, quelles sont les interventions nécessaires ? Quelle est, selon vous, la priorité absolue ?**  
*Différentes régions du pays, groupes professionnels, groupes de patients, offre de soins en ambulatoire, etc.*
5. **Quels sont, à votre avis, les types de solution concrètes les plus importantes pour améliorer les soins coordonnés à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie » en Suisse ?**  
*Y compris mention de certains domaines et projets dans lesquels la prise en charge fonctionne particulièrement bien ; le cas échéant, également des exemples de références ou projets à l'étranger*
6. **Avez-vous des publications spécialisées consacrées aux soins coordonnés à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie » en Suisse à nous recommander ?**  
*Ou des spécialistes à nous recommander, qu'il serait intéressant de consulter ?  
Quel est votre avis général sur l'état actuel des recherches ?*
7. **Avez-vous des remarques ou des réflexions complémentaires à nous soumettre ?**

## 5.4 Participants à l'atelier d'évaluation

Les experts ci-après ont participé à l'atelier d'évaluation du 10 avril 2017.

Tableau 4 : participants à l'atelier d'évaluation

Experts externes
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pr Barbara Broers : médecin adjoint, médecine de premier recours, HUG, Genève</li><li>▪ Hanspeter Conrad (Dr rer. pol.) : Président Swiss Mental Healthcare, directeur Clinique psychiatrique de Winterthour et de la région Zürcher Unterland</li><li>▪ Bruno Erni : directeur, Fondation Santé bernoise</li><li>▪ Dr Sandra Gebhard : médecin-chef, Centre vaudois anorexie boulimie (abC), Département de psychiatrie CHUV, Lausanne</li><li>▪ Sibylle Glauser : licenciée en psychologie, Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU)</li><li>▪ Therese Hirsbrunner : MScN, infirmière SIG, experte en soins, Services psychiatriques, hôpitaux soleurois <i>Solothurner Spitäler AG</i> et Association pour les sciences infirmières (APSI)</li><li>▪ Dr Thomas Ihde-Scholl : médecin-chef, Services psychiatriques des hôpitaux <i>Spitäler fmi ag</i></li><li>▪ Dr Christoph Merlo : responsable de l'institut de médecine familiale et de soins communautaires de Lucerne</li><li>▪ Pr Gabriela Stoppe : médecin spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, Bâle</li></ul>
Experts OFSP
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stefan Spycher (Dr rer. pol.) : responsable de l'unité de direction Politique de la santé</li><li>▪ Dr Margreet Duetz Schmucki : responsable de la section Politique nationale de la santé</li><li>▪ Lea von Wartburg : gestion de projet « Soins coordonnés »</li><li>▪ Stefanie Johnner : collaboratrice scientifique, projet « Soins coordonnés »</li><li>▪ Flurina Näf : collaboratrice scientifique, projet « Soins coordonnés »</li><li>▪ Alberto Marcacci : responsable de la section Prévention dans le domaine des soins</li></ul>