07.01.2026

L'avenir de la psychiatrie en Suisse – Recommandations pour le développement du système de soins psychiatriques généraux

Matthias Jäger[1,2,3], Gianfranco Zuaboni[2], Rafael Traber[1,3], Fulvia Rota[3]

[1]Association suisse des médecins-cheffes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP)

[2]Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS)

[3]Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

1. Introduction

Depuis une cinquantaine d'années, la Suisse a amorcé d'importantes réformes du système de soins psychiatriques. Les orientations ont toutefois varié selon les régions : le Tessin et la Suisse romande se sont davantage inspirés des mouvements de réforme italiens et français, tandis que la Suisse alémanique s'est appuyée sur les recommandations de l'Enquête psychiatrique allemande. Les objectifs principaux des réformes étaient (et sont toujours) les suivants : privilégier les traitements ambulatoires et de proximité par rapport aux hospitalisations, améliorer la coopération et la coordination entre toutes les structures, offrir une prise en charge adéquate à toute personne souffrant d'une maladie psychique, mettre en place et développer des services ambulatoires et des sections psychiatriques dans les hôpitaux généraux, faire baisser les séjours hospitaliers et les hospitalisations de longue durée, assurer l'égalité entre les personnes atteintes de maladies psychiques et celles souffrant d'affections physiques (Deutscher Bundestag, 1975). Ces réformes ont permis de nombreux changements en Suisse, comme dans tous les autres pays européens : une réduction du nombre de lits (plus marquée en Suisse romande et au Tessin qu'en Suisse alémanique), le développement de structures ambulatoires et de proximité, la mise sur pied d'hébergements spécialisés pour des personnes présentant des atteintes d'ordre psychique ou cognitive ainsi que l'intégration des services psychiatriques dans les hôpitaux somatiques. En revanche, le démantèlement complet des grandes institutions psychiatriques et l'implantation généralisée d'unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux ne se sont pas produits en Suisse. Le nombre de lits psychiatriques par habitant reste élevé en comparaison internationale, et le taux d'hospitalisation continue d'augmenter (Obsan, 2025 ; OMS, 2025). Cette évolution s'explique notamment par le financement insuffisant des offres intermédiaires et par l'absence de financement des prestations de coordination nécessaires à une mise en réseau efficace.

À l'échelle mondiale, la Suisse caracole – derrière les États-Unis – en tête de classement en termes de dépenses globales allouées au système de santé. En affectant environ 3 % de ces dépenses à la santé psychique, la Suisse se situe loin derrière les pays anglophones, scandinaves ou les pays voisins, qui y consacrent entre 8 et 12 % (NHS Benchmarking Network, 2022). La psychiatrie n'est donc pas le principal moteur de la hausse globale des coûts de la

santé. Sur l'ensemble des dépenses en santé psychique, 47 % vont aux soins hospitaliers, 29 % à l'ambulatoire et 13 % aux soins intermédiaires (prestations hospitalières ambulatoires, clinique de jour et hors les murs) et 11 % des prestations ont été couvertes au titre de l'intérêt général (Tuch et al., 2024). Le système de financement incite clairement à concentrer l'offre sur les structures hospitalières. Il ne pose aucune base visant à promouvoir les soins intermédiaires et à développer les soins intégrés. Il en résulte une extension continue des capacités, sans réduction correspondante de l'hospitalier, avec une augmentation des coûts et une aggravation de la pénurie de personnel qualifié. En réalité, dans ces conditions, les déplacements de traitements vers le secteur intermédiaire qui remplaceraient effectivement l'hospitalisation ne peuvent avoir lieu que de manière très limitée, sans entraîner de conséquences négatives sur le résultat d'exploitation des cliniques. Pour un développement ciblé et économiquement efficient du système de soins actuel, comparativement riche en ressources (Jäggi et al., 2017), des incitations (financières) appropriées seraient nécessaires afin de poursuivre de manière cohérente le développement des offres ambulatoires et intermédiaires, de couvrir au minimum la demande croissante et, dans la mesure du possible, de réduire effectivement le recours à l'hospitalisation. La réforme EFAS (financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières), prévue pour 2028, pourrait y contribuer, mais elle ne crée pas en elle-même d'incitations spécifiques en faveur de l'ambulatoire ni d'une meilleure coordination. Cela permettrait d'éviter une augmentation supplémentaire, non systématique et inefficiente, des ressources dans l'ensemble du système de soins et de garantir à la place une prise en charge de base ciblée, adaptée aux besoins et de haute qualité.

Face à l'augmentation du recours aux prestations psychiatriques, à la diminution prévisible des capacités de traitement en psychiatrie ainsi qu'aux indications d'une coordination insuffisante dans la répartition des ressources, en particulier pour les personnes atteintes de troubles psychiques sévères, un besoin de développement et de réforme du système de soins psychiatriques persiste (Richter et al., 2025 ; Jäger, 2025).

Dans son rapport de 2016 sur l'avenir de la psychiatrie en Suisse, le Conseil fédéral conclut qu'en Suisse « il existe de bonnes structures d'offre psychiatrique de haute qualité, permettant à de nombreux patients souffrant de troubles psychiques de bénéficier d'un traitement adapté à leurs besoins » (Confédération suisse, 2016). Sur la base de ce rapport, le Conseil fédéral a défini quatre mesures visant à développer les soins psychiatriques :

1. amélioration des bases statistiques de planification pour le développement des structures d'offre ;
2. amélioration de la coordination des offres et développement des structures d'offre ;
3. financement durable des offres intermédiaires (hôpitaux de jour, services mobiles, etc.) ;
4. soutien à la qualification des professionnels dans le domaine de la psychiatrie.

Comme instances responsables de la mise en œuvre, le Conseil fédéral mentionne différents offices fédéraux, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), ainsi que les cantons et les fournisseurs de prestations (Confédération suisse, 2016). Les recommandations du Conseil fédéral s'inscrivent ainsi dans la continuité des revendications issues des réformes psychiatriques mentionnées plus haut, à savoir notamment l'intégration des offres de soins ainsi que le développement des dispositifs ambulatoires et intermédiaires.

Le développement des soins intégrés évolue de manière très variable selon les régions de soins ou les cantons (Confédération suisse, 2016). Les offres intermédiaires, en particulier mobiles, sont mises en œuvre de manière hétérogène dans le cadre de projets pilotes dans les différentes régions (Stocker et al., 2018). Cependant, les projets pilotes sont le plus souvent financés pour une durée limitée et sont rarement intégrés dans l'offre régulière de soins. À ce jour, il n'existe pas de standard professionnel définissant les structures de base nécessaires ni l'organisation des soins psychiatriques intégrés d'une région.

Dans ce qui suit, les grandes lignes d'une organisation des soins pour la psychiatrie générale en Suisse sont esquissées. Celle-ci comprend trois niveaux : mise en œuvre des desiderata de politique de santé (niveau macro) ; principes organisationnels (niveau méso) ; structures d'offre (niveau micro). Les recommandations qui y sont formulées se fondent sur des lignes directrices et des modèles de soins internationaux, qui sont cités aux endroits correspondants. L'accès direct et libre, garanti en Suisse pour tous les patients et patientes, à tous les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ne doit pas être restreint par les recommandations suivantes et doit rester pleinement possible. Les spécificités relatives aux domaines de spécialisation de la psychiatrie de l'adulte (psychiatrie de la personne âgée, psychiatrie forensique, addictions, psychiatrie de consultation et de liaison) ainsi qu'à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas abordées explicitement.

2. Mise en réseau et coordination des offres de soins

Dans une région sanitaire, les structures de soins (notamment des cliniques psychiatriques, institutions psychosociales, psychiatres en cabinet, psychologues, soins ambulatoires, groupes d'entraide, pairs praticiens en santé mentale) doivent être bien coordonnées et travailler en réseau. Ainsi, les urgences psychiatriques hospitalières et ambulatoires mais aussi l'ensemble des soins médicaux et la réadaptation psychosociale peuvent s'ajuster au mieux aux besoins des personnes atteintes dans leur santé psychique. Pour ce faire, il s'agit d'y impliquer les structures de prise en soins somatiques (Spiess et al., 2018) et les services psychosociaux de proximité (Patel et al., 2023).

Les commissions régionales de psychiatrie, déjà établies dans de nombreux endroits, pourraient servir de point de départ à une plateforme de mise en réseau et de coordination des offres destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques graves et complexes. Les réseaux communautaires de psychiatrie largement répandus en Allemagne comprennent eux aussi de nombreux éléments de coordination régionale (Greve, 2018). Le concept de mise en réseau et de coordination doit être élaboré de manière approfondie et inclure les domaines suivants : traitement médical, logement accompagné, promotion de la participation sociale et assistance personnelle visant à surmonter les barrières sociétales. À cet effet, des instances devraient être instituées pour réglementer la collaboration à toutes les interfaces (p. ex. commission régionale de psychiatrie), ainsi que pour assurer la planification et la coordination du système de soins et la planification des traitements et des soutiens dans les cas individuels complexes dont les besoins dépassent les possibilités de la prise en charge ordinaire (p. ex. conférence de planification de l'aide) (Bramesfeld et al., 2019).

En outre, il convient de définir quelles offres participantes sont appropriées pour assumer certaines tâches spécifiques, afin d'éviter les erreurs d'allocation (p. ex. prise en charge de tâches d'accompagnement par des professionnel·le·s hautement qualifié·e·s ou hospitalisations de longue durée en clinique psychiatrique en raison de l'absence de formes de logement accompagné). Toutes les personnes atteintes de troubles psychiques domiciliées dans la région de soins doivent y recevoir les offres nécessaires ; les placements et orientations hors région doivent être évités et ne devraient être envisagés qu'en cas de besoins hautement spécialisés.

3. Ambulatoire, intermédiaire puis hospitalier

Si l'on veut encourager, comme cela est réclamé depuis de nombreuses années, le transfert vers l'ambulatoire et le déplacement de certains soins hospitaliers vers le domaine intermédiaire, ainsi que promouvoir des prestations appropriées et individualisées, il convient également de créer des bases de financement et des incitations en ce sens (Confédération suisse, 2016). À cette fin, un alignement des taux de couverture des coûts des prestations ambulatoires et intermédiaires sur ceux des traitements hospitaliers est nécessaire afin de supprimer l'incitation systémique en faveur du setting hospitalier. Outre une révision des tarifs ambulatoires et hospitaliers, l'implémentation d'une modalité de financement uniforme pour les structures de traitement en hôpital de jour et les dispositifs de soins à domicile est requise. Avec l'introduction du « financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières » (réforme EFAS), le virage ambulatoire devrait progresser grâce à la clé de répartition uniforme des coûts entre cantons et caisses-maladie, quel que soit le cadre thérapeutique ; cela nécessite toutefois, à cet effet, des incitations claires complémentaires.

Des clarifications conceptuelles supplémentaires sont également nécessaires pour les différentes offres de traitement intermédiaires, car des termes tels que « Home Treatment » ou « hôpital de jour » sont aujourd'hui utilisés pour désigner des offres et des intensités de traitement très diverses (Stocker et al., 2018).

Un autre facteur contribuant au maintien de capacités hospitalières importantes réside dans les infrastructures existantes, actuellement en cours de rénovation dans de nombreux endroits. Il est nécessaire de développer des concepts de reconversion permettant, tout en garantissant la viabilité opérationnelle, d'assurer que les structures intermédiaires remplacent effectivement une partie des capacités hospitalières. À l'échelle internationale, ce processus de transformation – réduction du nombre de lits hospitaliers parallèlement au développement d'offres mobiles – est soutenu par différents modèles, tels que des budgets régionaux ou des financements transitoires qui continuent, pendant une période déterminée, à compenser pour les cliniques la différence avec les coûts d'occupation pour chaque lit fermé, jusqu'à ce que de nouvelles formes de prise en soins hors hospitalisation soient mises en œuvre (OMS, 2021). L'augmentation des besoins doit être prise en compte dans ce cadre.

4. Priorité au traitement des besoins aigus, des urgences et des personnes gravement malades

Le déséquilibre déjà existant – et susceptible de s'accentuer – entre la demande et l'offre en matière de diagnostic psychiatrique, de traitement et de soutien psychosocial nécessite une

priorisation. Il faut donc poser des priorités, la toute première étant la prise en charge appropriée des urgences et des situations aiguës et ce, dans chaque région sanitaire, 24h sur 24h. Il s'agira ensuite de mettre à disposition des capacités de soins en fonction de la gravité des situations, à commencer par les personnes les plus atteintes (DGPPN, 2024). Afin d'offrir au plus grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques un traitement et un soutien adaptés à leurs besoins, il convient de définir des critères d'indication pour les différentes offres d'un système régional de soins (p. ex. : degré de gravité du trouble, comorbidités, limitations fonctionnelles). Un potentiel important de décharge des ressources humaines limitées réside dans l'intégration d'approches numériques dans le traitement des personnes présentant des troubles légers à modérés (Fu et al., 2020 ; Smith et al., 2023).

5. Accès guidé par l'indication grâce à une évaluation structurée des besoins et des ressources chez les personnes souffrant de troubles psychiques sévères

Pour garantir un accès aux offres du système de santé guidé par des critères et adapté aux besoins, un diagnostic initial et une évaluation des besoins sont essentiels. Dans le domaine des soins primaires et secondaires (médecins de famille et psychiatres-psychothérapeutes exerçant en cabinet, y compris les thérapies prescrites), cette fonction est assumée par les médecins. Cet accès direct aux spécialistes installés constitue un élément essentiel de l'accessibilité à bas seuil du système suisse de soins.
En tant qu'institutions de soins tertiaires, les cliniques psychiatriques assument un mandat subsidiaire pour le diagnostic et le traitement lorsque les soins primaires et secondaires ne peuvent pas les prendre en charge. Afin d'assurer des transitions fluides vers des offres adaptées et des modèles de soins intégrés, il est recommandé de mettre en place des structures centrales d'évaluation (assessment). Celles-ci se caractérisent par une haute compétence diagnostique dans le domaine psychiatrique et psychosocial ainsi que par une connaissance approfondie des offres disponibles à tous les niveaux de besoins (Cornish, 2020). Lors de l'évaluation, les déterminants biopsychosociaux de la santé psychique doivent être systématiquement pris en compte et des offres de soutien orientées vers les besoins doivent être proposées (Patel, 2023). Il s'ensuit soit une admission dans un traitement correspondant à l'indication, soit une orientation vers une autre offre adaptée aux besoins (p. ex. conseil, accompagnement, entraide en l'absence d'indication pour un traitement psychiatrique-psychothérapeutique, ou, en cas de besoins plus complexes, vers une prise en soins intégrée au sein d'une institution psychiatrique). La structure d'évaluation et d'indication peut être sollicitée par différents canaux : sur recommandation de médecins de famille, de psychologues-psychothérapeutes, de services d'urgence, d'institutions ou d'hôpitaux, ou encore par accès direct. Le premier contact s'effectue généralement par téléphone ou en ligne ; des informations de base concernant la symptomatologie actuelle et l'anamnèse sont recueillies. Dans un second temps, une anamnèse détaillée est réalisée, tenant compte non seulement des symptômes psychiques, mais également des facteurs sociaux et somatiques ainsi que des ressources disponibles.

Différents niveaux d'évaluation et de triage sont possibles : pré-screenings numériques et orientation automatisée vers des plateformes d'information et de conseil, évaluation téléphonique des besoins, consultations diagnostiques, assessments structurés avec diagnostic complet et décision quant à la prise en soins appropriée. Il est recommandé d'intégrer

ou de collaborer étroitement avec une offre d'intervention de crise limitée dans le temps, afin de proposer une aide directe aux personnes présentant un besoin de traitement et de soutien limité et de soulager ainsi le système de soins psychiatriques (Lambert et al., 2017).

6. Modèles institutionnels intégrés de prise en charge

Dans une clinique psychiatrique, les soins intégrés comprennent la prise en charge en hospitalisation, en clinique de jour, de terrain (p. ex. à domicile) et en ambulatoire. Ils sont assurés soit par une seule équipe, soit par plusieurs équipes collaborant étroitement afin de permettre un traitement centré sur les patients, flexible et continu. Les unités ainsi intégrées seraient alors en charge d'un domaine de soins précis au sein d'une région sanitaire, ou alors d'un groupe défini de patients (p. ex. en fonction du diagnostic principal ou de l'âge) et ce, tout au long du traitement. Ces dernières années, certaines régions ont mis en place une organisation selon le « concept de filière (track) », qui prévoit au minimum des offres intégrées pour la psychiatrie générale — le cas échéant subdivisée selon les groupes diagnostiques principaux — ainsi que pour les troubles addictifs et la psychiatrie de l'âge avancé (DGPPN, 2024).

Le dispositif de traitement approprié est choisi selon le principe « ambulatoire avant intermédiaire avant hospitalier » et adapté en fonction des besoins, la continuité thérapeutique étant assurée par l'offre intégrée. Toutes les offres extra-hospitalières travaillent avec pour objectif la prévention des hospitalisations, en particulier des admissions involontaires. Le dispositif hospitalier est indiqué pour les patient·e·s présentant des affections psychiatriques aiguës nécessitant une prise en charge intensive et une surveillance étroite, respectivement une présence médicale et soignante nocturne, et pour lesquelles aucun autre dispositif n'est approprié. Après stabilisation, un traitement en clinique de jour ou une prise en charge mobile à domicile peut être enchaîné sans rupture, permettant un accompagnement thérapeutique rapproché tout en favorisant l'intégration dans l'environnement social. Pour les patient·e·s qui, en raison de leur maladie, ne sont pas en mesure de se rendre aux consultations ou qui préfèrent ce cadre, un service mobile propose un traitement directement dans leur environnement. En complément, la prise en charge ambulatoire assure un accompagnement thérapeutique post-hospitalier à moyen ou long terme, afin de prévenir les rechutes et de favoriser un rétablissement durable. De manière générale, au sein des offres intégrées, l'autodétermination des patient·e·s doit être encouragée, leurs droits protégés et les mesures restrictives de liberté évitées (Patel, 2023).

L'offre intègre des approches médicales, psychothérapeutiques et psychosociales. Les mesures médicales comprennent les traitements pharmacologiques, les diagnostics et traitements somatiques ainsi que la prise en charge des comorbidités physiques. Sur le plan psychothérapeutique, des méthodes fondées sur les preuves telles que la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie d'orientation psychodynamique ou les approches systémiques sont utilisées, adaptées aux besoins individuels des patient·e·s. Le domaine psychosocial inclut le soutien socio-éducatif, le travail infirmier de référence, les offres d'ergothérapie et d'art-thérapie, l'accompagnement par des pairs ainsi que les offres destinées aux proches. Outre l'accompagnement en phase de crise et le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle et de l'autodétermination, des conseils relatifs au travail, au logement et à l'intégration sociale sont proposés, ainsi qu'une orientation vers des dispositifs d'aide complémentaires tels que groupes d'entraide, structures de réadaptation et autres offres communautaires.

Ce modèle intégré vise à combler les lacunes de prise en charge, à éviter les interruptions de traitement et à permettre une adaptation flexible de l'intensité thérapeutique à la situation de vie

des patient·e·s. L'interconnexion étroite des niveaux de soins et la collaboration interprofessionnelle des spécialistes impliqué·e·s garantissent un traitement et un accompagnement complets et individualisés. Cela revêt une importance particulière pour les patient·e·s présentant des atteintes complexes ou chroniques nécessitant un soutien à long terme, ainsi que pour leurs proches, qui sont associés au traitement et accompagnés.

Les principales structures institutionnelles psychiatriques recommandées pour une région de soins — en complément des psychiatres et psychologues installés, des infirmier·ère·s (soins à domicile/Spitex), des institutions psychosociales et d'autres prestataires privés — sont les suivantes (DGPPN, 2019 ; DGPPN, 2024 ; Lambert et al., 2024).

- Centres d'évaluation, d'indication et de triage. Ils servent de point d'entrée central des cliniques psychiatriques pour le diagnostic et l'évaluation des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques (cf. chap. 5). Sur la base de procédures diagnostiques standardisées, l'indication et les besoins en traitement médico-psychiatrique ou en autres formes de soutien sont déterminés, puis les patient·e·s sont orienté·e·s vers les offres adaptées. Des dispositifs de détection précoce et d'intervention précoce pour les personnes à haut risque ou présentant un premier épisode psychotique ou une autre maladie psychique sévère devraient être intégrés ou rattachés à ces centres (DGPPN, 2019 ; Patel et al., 2023).
- Consultations ambulatoires. Elles constituent un pilier essentiel de la prise en charge psychiatrique. En complément des praticiens installés, elles assument un mandat subsidiaire pour le traitement et l'accompagnement de patient·e·s présentant des pathologies complexes. Elles sont intégrées dans des réseaux de soins et peuvent recourir à des offres intermédiaires telles que ACT, Home Treatment ou cliniques de jour.
- Assertive Community Treatment (ACT). Modèle de traitement mobile et de soutien, disponible également à long terme si nécessaire, destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques sévères ayant des difficultés à suivre régulièrement des traitements ambulatoires et nécessitant un soutien dans la vie quotidienne (Lambert et al., 2019). L'intensité peut être adaptée aux besoins. Le principe de « no-dropout policy » signifie que les patient·e·s sont recontacté·e·s même en cas de refus temporaire du traitement et peuvent le reprendre à tout moment.
- Traitement aigu mobile à domicile (Home Treatment). Permet un traitement aigu intensif et limité dans le temps au domicile des patient·e·s. Des visites quotidiennes par une équipe multiprofessionnelle, analogues à un traitement hospitalier, sont effectuées pour éviter ou raccourcir une hospitalisation (Stulz et al., 2020).
- Cliniques de jour. Offrent un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intensif ainsi qu'un accompagnement infirmier, en remplacement ou en réduction d'un séjour hospitalier. Elles peuvent être proposées selon différents concepts diagnostiques ou thérapeutiques.
- Offres hospitalières. Indiquées pour les phases sévères de maladie nécessitant une prise en soins intensive, y compris nocturne. Les unités intensives (Intensive Care Units) proposent des conditions spécialisées pour les patient·e·s ayant des besoins élevés en soins et en surveillance médicale. Elles peuvent être conçues selon le modèle « High and Intensive Care » (HIC ; Voskes et al., 2021), qui prévoit des niveaux gradués d'intensité tout en évitant les mesures restrictives de liberté et les traitements sans consentement.

- Services de psychiatrie de consultation et de liaison en hôpital somatique. Ils assurent le diagnostic, le traitement et les soins psychiatriques des patient·e·s hospitalisé·e·s en médecine somatique, facilitant la prise en charge de cas complexes et la collaboration interdisciplinaire (Hepp, 2022).

7. Réadaptation

Les approches psychiatriques modernes de réadaptation se concentrent sur la participation sociale, l'inclusion et le rétablissement (recovery). Les objectifs de réadaptation font partie intégrante de la planification thérapeutique multimodale dès le début. Les domaines prioritaires sont la formation initiale ou continue, le travail, le logement, la structuration du quotidien et les relations sociales. Selon le principe « first place, then train » (« d'abord placer, puis former »), on privilégiera les approches telles que le « Supported Employment » (emploi accompagné), la « Supported Education » (formation assistée) et l'autonomie au niveau du logement avec un soutien adéquat, plutôt que les traditionnelles structures de réadaptation protégées. Celles-ci devraient toutefois rester à disposition pour répondre à certaines préférences (DGPPN, 2019). Tous les prestataires régionaux de réadaptation doivent être intégrés dans un réseau commun assumant une responsabilité régionale partagée. Un accent particulier doit être mis sur la promotion de l'inclusion dans la communauté, visant à ouvrir la société à l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques et à garantir leur participation sans barrières à tous les domaines de la vie. Cela implique un éloignement du modèle centré sur l'institution. Les case managers jouent ici un rôle central, en accompagnant leurs client·e·s dans leur processus de réadaptation, d'inclusion et de rétablissement, de manière individualisée et en principe sans limitation temporelle stricte.

Le job coaching selon le concept du « Supported Employment » (Richter et al., 2019) soutient les personnes atteintes de troubles psychiques dans leur intégration et leur stabilisation durable sur le marché du travail. L'approche « first place, then train » en constitue le principe central : l'intégration immédiate sur le marché du travail prime sur une préparation professionnelle approfondie. Les personnes concernées bénéficient d'un accompagnement individualisé pour identifier des postes adaptés, se préparer aux entretiens d'embauche et développer leurs compétences sur le lieu de travail. Les job coaches accompagnent les patient·e·s tout au long du processus et restent également disponibles après la prise d'emploi afin de faire face aux difficultés et de prévenir les rechutes. L'objectif est de favoriser la participation à la vie professionnelle, de renforcer l'indépendance économique et d'accroître l'estime de soi des personnes concernées. Pour les personnes en formation initiale ou continue, l'approche de coaching dite « Supported Education » gagne en importance.

Coaching en logement. Offre aux personnes atteintes de troubles psychiques un soutien pour trouver et maintenir une situation de logement stable (Adamus et al., 2024). Il s'appuie sur le principe du « Housing First », qui prévoit la mise à disposition immédiate d'un logement autonome, sans conditions préalables. Un accompagnement est proposé pour renforcer les compétences sociales, pratiques et financières nécessaires à l'autonomie. Les coaches en logement aident dans la gestion du quotidien, les relations de voisinage et les contacts avec les bailleurs. L'objectif est d'assurer une stabilité résidentielle durable et de favoriser l'intégration communautaire.

8. Prévention

Si l'on veut promouvoir la santé psychique et les compétences en la matière, les mesures de prévention doivent commencer déjà au niveau de la population générale (DGPPN, 2024). Il s'agira de diffuser les connaissances relatives à la santé mentale et à sa préservation au sein de toutes les sphères et périodes de la vie, notamment dans des lieux comme les écoles, les institutions de formation et auprès des employeurs. Cette mission n'incombera pas en premier lieu aux institutions psychiatriques, ni aux cabinets de spécialistes. Mais ceux-ci devront prendre part aux opérations et aux réseaux destinés à la prévention primaire.

Dans le domaine de la prévention, de la réadaptation et du renforcement des compétences en santé, les « Recovery Colleges » peuvent jouer un rôle significatif. Cette offre de formation portant sur des thématiques liées à la santé psychique et à l'autodétermination s'adresse tant aux personnes ayant une expérience vécue de la maladie qu'aux professionnel·le·s et aux proches. Les cours, conçus par des expert·e·s par expérience en collaboration avec des professionnel·le·s, favorisent le rétablissement (recovery), l'empowerment et les compétences en santé, et contribuent à la déstigmatisation des maladies psychiques (Ambord, 2025).

Dans le cadre de la prévention secondaire indiquée chez les personnes présentant des états à risque, la psychiatrie joue un rôle central par l'intermédiaire d'offres de centres de détection précoce et d'intervention précoce. Ces centres doivent être intégrés au réseau régional global de soins et, grâce à la coopération avec les médecins de famille, les psychiatres et psychologues en pratique privée, les travailleur·euse·s sociaux·ales, les écoles et les employeurs, contribuer à prévenir la psychiatrisation et l'institutionnalisation de jeunes personnes présentant des problèmes psychiques. Pour cela, les offres de prévention doivent être facilement accessibles, non stigmatisantes et structurées de manière numérique.

9. Conclusion

En comparaison internationale, la Suisse dispose d'une densité élevée de prise en soins psychiatriques, avec une proportion importante de ressources spécialisées médicales et une offre relativement peu développée d'équipes de soins multiprofessionnelles dans le domaine ambulatoire et intermédiaire. Bien que les dépenses de santé soient élevées en comparaison internationale, les dépenses relatives consacrées à la santé psychique restent faibles. Il existe peu de mécanismes de pilotage concernant la répartition des ressources, la structuration de l'offre, la densité des soins, la composition professionnelle des offres ou le volume des prestations (Jäggi et al., 2017). Le déséquilibre actuel entre capacités de traitement disponibles et demande croissante au sein de la population ne s'explique donc pas tant par une pénurie absolue de personnel qualifié que par une pénurie relative. Alors qu'environ deux tiers des patient·e·s psychiatriques sont pris·e·s en charge en pratique privée, un tiers est traité au sein d'institutions psychiatriques (consultations ambulatoires institutionnelles, offres intermédiaires, hospitalisation) (Tuch et al., 2024), parmi lesquels la majorité des personnes gravement atteintes présentant des besoins complexes nécessitant des approches en équipes multiprofessionnelles et souvent une coopération avec des institutions psychosociales. Chez ces dernières, le recours au secteur hospitalier demeure élevé : environ 10 % des patient·e·s

hospitalisé·e·s nécessitent des durées de traitement prolongées ou répétées et génèrent 45 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation (Stulz et al., 2012). Un développement adapté aux besoins des offres ambulatoires et intermédiaires pourrait contribuer à transférer une partie de ces journées d'hospitalisation. Les obstacles à ce transfert, souhaité tant sur le plan professionnel (DGPPN, 2024) que sur le plan de la politique de santé (CDS, 2008), résident dans la fragmentation des offres de soins, les incitations inadaptées du système de financement et l'absence de mécanismes de pilotage. Afin de relever ces défis pour le développement de la prise en soins et la promotion de la santé psychique, il convient de s'appuyer sur les recommandations connues en matière de politique de santé et d'en déduire des réformes ciblées. Les offres psychiatriques, psychothérapeutiques et psychosociales d'une région doivent être mises en réseau et coordonnées dans le cadre d'une responsabilité régionale commune de soins intégrés. Les modèles de financement doivent créer des incitations en faveur des traitements ambulatoires et intermédiaires.

Bibliographie

1. Adamus C, Mötteli S, Jäger M, Richter D (2024). Independent Supported Housing vs institutional housing rehabilitation settings for non-homeless individuals with severe mental illness – longitudinal results from an observational study. BMC Psychiatry 24, 554.
2. Ambord, N., Burr, C., & Zuaboni, G. (2025). A Glimmer of Hope: The Impact of the Recovery College Bern on Personal Recovery, Well-Being and Self-Stigmatisation—A Mixed Methods Study. International Journal of Mental Health Nursing, 34(1), e13482.
3. Bramesfeld A, Koller M, Salize HJ (éd.). Public Mental Health. Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Berne : Hogrefe Verlag, 2019.
4. Cornish, P. Stepped care 2.0: A paradigm shift in mental health. Cham : Springer, 2020.
5. Deister A. Zukunft Psychiatrie. Cologne : Psychiatrie-Verlag, 2022.
6. Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (= Drucksache. Nr. 7/4200). Bonn 1975.
7. DGPPN Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, juin 2024. Accessible en ligne, consulté le 01.11.2024 : https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/0b7b36fd3b03e56e7c1bb0d2fdf7085fbc125bd4/2024-06-13_DGPPN_Versorgung%20weitergedacht.pdf
8. DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin : Springer : 2019.
9. Fu, Z., Burger, H., Arjadi, R., & Bockting, C. L. (2020). Effectiveness of digital psychological interventions for mental health problems in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 7(10), 851-864.
10. CDS (2008). Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, Bericht der Arbeitsgruppe «Spitalplanung». Berne : CDS.
11. Greve, N. (2018). Annäherungen an eine gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Psychiatrische Praxis, 45(06), 285-287.
12. Hepp U (2022). Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich. Bericht im Auftrag des Gesundheitsnetzes 2025 (GN2025).
13. Jäger M (2025). Das Soziale in der Psychiatrie: Psychiatrische Praxis 52(05), 245-247.
14. Jäggi J, Künzi K, de Wijn N, Stocker D (2017). Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland, Berne : Office fédéral de la santé publique
15. Lambert M, Kraft V. Manual 2: Verbesserung des Versorgungszugangs: Grundlagen und Maßnahmen in RECOVER : Hambourg : UKE, 2017. Accessible en ligne, consulté le 19.12.2024 : https://www.recover-hamburg.de/wp-content/uploads/2021/07/20210623_Manual-2_Versorgungszugang_online.pdf.
16. Lambert, M., König, H., Karow, A., König, H. H., Rohenkohl, A., Luedecke, D., ... & Schulz, H. (2024). Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: a randomized controlled trial (RECOVER). Psychiatry Research, 116007.
17. NHS Benchmarking Network (2023). NHS Benchmarking Network Annual Work Programme Report 2022. Accessible en ligne, consulté le 04.11.2025 : https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/nhsbn-static/Other/2023/NHSBN%20Work%20Programme%20Report%20FINAL.pdf

18. Obsan, Observatoire suisse de la santé (2024). Taux d'hospitalisation pour maladies psychiques. Accessible en ligne, consulté le 21.06.2025 : https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/taux-d-hospitalisation-pour-maladies-psychiques.
19. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., Kola, L., Chang, O., Charlson, F., O'Neill, K., & Herrman, H. (2023, Aug 19). Transforming mental health systems globally: principles and policy recommendations. Lancet, 402(10402), 656-666.
20. Richter, D., Hunziker, M., & Hoffmann, H. (2019). Supported Employment im Routinebetrieb: Evaluation des Berner Job Coach Placement-Programms 2005–2016. Psychiatrische Praxis, 46(06), 338-341.
21. Richter D., Hepp U, Jäger M & Adorjan K (2025). Mental health care services in Switzerland – the post-pandemic state, International Review of Psychiatry
22. Confédération suisse (2016). Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Accessible en ligne, consulté le 01.11.2024 : https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/postulat-staehelin/zukunft_psychiatrie_schweiz.pdf.download.pdf/Zukunft_Psychiatrie_Schweiz.pdf
23. Smith, K. A., Blease, C., Faurholt-Jepsen, M., Firth, J., Van Daele, T., Moreno, C., ... & Cipriani, A. (2023). Digital mental health: challenges and next steps. BMJ Ment Health, 26(1).
24. Spiess, M, Ruflin, R (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsomatik. Modelle guter Praxis. socialdesign ag, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), octobre 2018, Berne.
25. Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie. Berne : Office fédéral de la santé publique.
26. Stulz, N., Bielinski, D., Junghan, U. M., & Hepp, U. (2012). Stationärer Heavy Use und die Inanspruchnahme institutioneller ambulanter Dienste in einem Schweizerischen Versorgungssystem. Psychiatrische Praxis, 39(07), 332-338.
27. Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., ... & Hepp, U. (2020). Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 216(6), 323-330.
28. Stulz, N., Kawohl, W., Jäger, M., Mötteli, S., Schnyder, U., & Hepp, U. (2020). From research to practice: Implementing an experimental home treatment model into routine mental health care. *European Psychiatry*, *63*(1), e94.
29. Tuch A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E. & Hepp, U. (2024). Structures de soins psychiatriques. Différences régionales dans la combinaison de soins (Bulletin Obsan 03/2024). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
30. Voskes Y, Van Melle AL, Widdershoven, GA, et al. (2021). High and intensive care in psychiatry: a new model for acute inpatient care. Psychiatric Services 72(4), 475-477.
31. OMS, Organisation mondiale de la Santé (2024). Psychiatric hospital beds per 100 000. Accessible en ligne, consulté le 21.06.2025 : https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/#id=19551.

32. OMS, Organisation mondiale de la Santé. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Organisation mondiale de la Santé. Genève : 2021.