

Berne, le 22 août 2019

Prévention du suicide après un séjour hospitalier – aspects financiers

Rapport élaboré sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre du plan d'action national pour la prévention du suicide

www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide

Ursula Fringer Schai
Regula Ruffin

Table des matières

1	Contexte et faits	3
2	Aspects financiers généraux	4
2.1	Vue d'ensemble des possibilités de financement	4
2.2	Possibilités de financement actuelles.....	4
2.2.1	Échelle nationale.....	4
2.2.2	Échelle cantonale.....	5
2.2.3	Autres possibilités de financement privées.....	5
2.3	Défis.....	5
3	Aspects financiers par recommandation	6
3.1	Recommandation (1)	6
3.1.1	Financement.....	6
3.2	Recommandation (2)	7
3.2.1	Financement.....	7
3.3	Recommandation (3)	8
3.3.1	Financement.....	8
3.4	Recommandation (4)	9
3.4.1	Financement.....	9
3.5	Recommandation (5)	10
3.5.1	Financement.....	10
3.6	Recommandation (6)	12
3.6.1	Financement.....	12
3.7	Recommandation (7)	12
3.7.1	Financement.....	13
4	Conclusions	13
4.1	Point de vue médical	13
4.2	Aspect du financement.....	13
4.3	Conclusions	15

1 Contexte et faits

La Confédération a élaboré un plan d'action pour la prévention du suicide en collaboration avec d'autres acteurs. Adopté en 2016, il a pour objectif de réduire les actes suicidaires lors d'une réaction aiguë à un facteur de stress ou en cas de maladie psychique. Des informations sur le plan d'action et ses objectifs sont disponibles à l'adresse : www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide.

Le risque de suicide des patients pendant ou juste après un séjour en hôpital psychiatrique est élevé¹. Aussi l'OFSP a-t-il lancé en 2018, en collaboration avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), un projet visant à prévenir le suicide pendant et après un séjour en institution (voir www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide -> La prévention du suicide au cours d'une prise en charge psychiatrique).

Dans ce cadre, des recommandations ont été élaborées à l'attention des professionnels de la santé impliqués dans la prévention du suicide lors de la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire. Les organisations partenaires² ont commencé à les rédiger en 2018. La brochure « Prévention du suicide après un séjour hospitalier » est disponible depuis le mois d'août 2019 à l'adresse www.ofsp.admin.ch/preventiondusuicide -> La prévention du suicide au cours d'une prise en charge psychiatrique. Les recommandations visent à permettre aux patients de vivre la transition stationnaire-ambulatoire comme une simple étape dans leur parcours thérapeutique et de reprendre leur vie quotidienne en toute sécurité. Pour ce faire, il est nécessaire que les prestataires de soins stationnaires et ambulatoires du système de santé se mettent en réseau. Les principaux groupes professionnels concernés sont les psychiatres et les psychologues-psychothérapeutes (pour toutes les classes d'âges) ainsi que les médecins de famille, les pédiatres et les infirmiers.

Les recommandations visent en premier lieu :

- les directions, les cadres et les collaborateurs des établissements psychiatriques ;
- les professionnels qui assurent le traitement et la prise en charge des patients à l'issue des séjours psychiatriques.

En second lieu, elles s'adressent également aux institutions responsables de la formation, aux assureurs-maladie et accidents et aux responsables des politiques de santé au sein de la Confédération et des cantons.

La prévention du suicide est une tâche qui incombe à l'ensemble de la société et de nombreux acteurs s'engagent déjà dans cette optique. La Confédération (OFSP) les soutient dans la mise en œuvre du plan d'action par un travail de mise en réseau et de coordination et par l'élaboration de bases en matière de connaissances.

¹ Gregorowius, Daniel; Huber, Hildegard (2018). Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt: Schlussbericht. Bericht der Stiftung Dialog Ethik zum Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Berne et Zurich, 21 juin 2018.

² Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS), Association des infirmiers cadres psychiatrie Suisse (VPPS), Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie (ASMP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Fédération suisse des psychologues (FSP), Fondation suisse Pro Mente Sana (PMS), Réseau de travail avec les proches en psychiatrie (Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie, NAP), Société suisse de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychothérapie (SSPPEA), Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP), Swiss Mental Healthcare (SMHC), association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques suisses

2 Aspects financiers généraux

Les aspects financiers jouent aussi un rôle dans l'application pratique des recommandations. Le 2 novembre 2018, une séance s'est tenue entre l'OFSP, la CDS et des délégués des organisations partenaires sur les « aspects financiers des recommandations pour la prévention du suicide lors de la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire ». Son objectif était de concrétiser et de hiérarchiser les défis financiers du point de vue des prestataires de soins. À l'issue de cette réunion, l'OFSP a chargé *Socialdesign* d'étudier en détail et de consigner les aspects liés au financement et à l'efficacité des recommandations. Ces travaux ont été complétés après la discussion du 11 mars 2019 avec le comité consultatif.

D'autres projets de l'OFSP et de la CDS ont abordé la question du financement à la croisée entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire, sous l'angle des « soins coordonnés et interprofessionnels ». Le présent rapport a recours et renvoie à leurs travaux (p. ex., dans le cadre des soins coordonnés, des soins palliatifs, des services psychiatriques intermédiaires). Il entend également présenter des solutions de financement actuelles, issues notamment de projets pilotes ou d'offres novatrices, qui sont financées en partie au niveau cantonal ou, par exemple, par des fondations privées (sans prétendre à l'exhaustivité).

2.1 Vue d'ensemble des possibilités de financement

Le présent rapport a pour objet les possibilités de financement pour mettre en œuvre les recommandations adressées aux professionnels de la santé impliqués dans la prévention du suicide lors de la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire. En d'autres termes, il s'agit de définir qui paie quoi et comment l'argent est affecté.

Les structures tarifaires, dans le cas présent le TARPSY (stationnaire) et le TARMED (ambulatoire), déterminent si et comment les prestations sont décomptées actuellement.

L'objet d'étude « Prévention du suicide après un séjour hospitalier » se situe à **l'interface entre deux structures tarifaires**, car les prestations concernées peuvent être fournies aussi bien en ambulatoire que lors d'un séjour hospitalier. À cet égard, les **structures tarifaires actuelles sont nettement délimitées et ne présentent aucun recoupement**.

2.2 Possibilités de financement actuelles

2.2.1 Échelle nationale

- LAMal : loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (état au 1^{er} janvier 2019)³
- OPAS : ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (état au 1^{er} janvier 2019)
- **TARPSY (cadre stationnaire)** : la structure tarifaire couvre tous les domaines de prestations stationnaires de la psychiatrie des adultes, des enfants et des adolescents. Pour la psychiatrie des enfants et des adolescents, son application est obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2019. Le TARPSY s'inscrit dans le système SwissDRG. Il est évolutif⁴ et n'est pas encore à jour dans tous les domaines⁵.
- **Codes CHOP⁶** : rémunération supplémentaire possible pour TARPSY, psychiatrie, psychothérapie, psychosomatique, chap. 94.xx. Cette classification est également un système évolutif. Les codes suivants ont par exemple été ajoutés en 2016 : intervention de

³ <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>

⁴ https://www.swissdr.org/application/files/1514/8104/2945/Die_wichtigsten_Ziele_von_TARPSY-f.pdf: « TARPSY s'appuie sur des données de coûts et de prestations émanant des hôpitaux de toute la Suisse. Le système est évolutif et constamment perfectionné sur la base des données collectées. »

⁵ TARPSY : forfaits journaliers liés à la prestation : regroupement en *psychiatric cost groups* (PCG) ; hiérarchisation entre et dans les PCG concernant la gravité et la durée de séjour ; la statistique médicale constitue la base pour le décompte et le développement du système évolutif TARPSY

⁶ Classification suisse des interventions chirurgicales

crise adulte, intervention de crise enfant et adolescent (PPEA)⁷ (nouveau 2018⁸ : HONOS, HoNOSCA)

- **TARMED (cadre ambulatoire)** : le TARMED (tarif médical) est le tarif pour les prestations médicales ambulatoires en Suisse. Cette convention entre la FMH et Santésuisse comprend un document principal, huit annexes et un avenant.

2.2.2 Échelle cantonale

Les prestations d'intérêt général (PIG) et les conventions ou contrats de prestations cantonaux se fondent sur les différentes bases légales cantonales. À cet échelon, les indemnités financières sont négociées entre les départements de la santé et les prestataires de soins dans le cadre de projets pilotes ou d'autres offres novatrices. À cet égard, il existe de fortes disparités cantonales (aucun système de financement national) du fait du système de santé fédéraliste.

2.2.3 Autres possibilités de financement privées

Les fondations qui, sur la base de fonds privés, peuvent soutenir des projets correspondant largement à leurs buts, constituent une troisième possibilité de financement. Il est ici question de projets novateurs sélectionnés, et la durée de financement est en général limitée. Ce financement doit être sollicité par les prestataires de soins, qui se trouvent ainsi « mis en concurrence » : les bailleurs de fonds peuvent choisir le projet le plus novateur.

2.3 Défis

Les systèmes de financement existants définissent le caractère et l'étendue de la rémunération des prestations dans le cadre stationnaire ou ambulatoire. Il n'existe pas de bases spécifiques aussi claires et précises s'agissant du financement des « offres intermédiaires et interprofessionnelles »⁹. Ce financement peut être négocié de manière spécifique et ciblée à l'échelle cantonale dans l'esprit de notre système de santé fédéraliste.

Le financement de la prévention du suicide lors de la transition stationnaire-ambulatoire fait face à certains défis liés, d'une part, au financement hétérogène des prestations ambulatoires et stationnaires¹⁰ et, d'autre part, à la délimitation nette entre les secteurs stationnaire et ambulatoire (qui se reflète dans deux systèmes tarifaires différents).

La prévention du suicide et le soutien apporté aux personnes qui traversent une crise suicidaire ne peuvent s'accommoder de systèmes de financement cloisonnés et inscrits dans la loi. L'interprofessionnalité, les stratégies thérapeutiques globales, les soins coordonnés au niveau stationnaire et ambulatoire d'un bout à l'autre de la chaîne thérapeutique sont une composante essentielle d'une stratégie de traitement efficace et de qualité¹¹.

Dans la situation de financement actuelle, les gains en termes de coûts que représente, pour l'économie nationale, une prévention du suicide coordonnée et financée ne sont évoqués que ponctuellement : « Les lacunes dans la coordination des prestations se traduisent par une baisse de la qualité ainsi que par des traitements et des coûts inutiles¹². »

⁷ Exemple, voir : <https://www.pukzh.ch/default/assets/File/ZH-Finanzierung-Psychiatrie-2017-11-03-3.pdf>, diapositive 40

⁸ Voir : https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/pflegethemen/chop-abtp/2018_07_02_Rundschreiben_BFS_2.pdf, p. 5

⁹ Le concept de traitement « semi-hospitalier » a été supprimé de la LAMal au 1^{er} janvier 2009. Les traitements correspondants sont en grande partie décomptés comme des prestations ambulatoires ; les séjours répétés dans des hôpitaux de jour ou de nuit sont réputés traitement ambulatoire (art. 5 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie [OCP]).

¹⁰ EFAS Partner: Forderung Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen, Berne, 12 septembre 2018.

¹¹ Cf. Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés. Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'OFSP.

¹² Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés. Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'OFSP, p. 3.

3 Aspects financiers par recommandation

Les recommandations suivantes sont issues des recommandations à l'attention des professionnels de la santé qui soignent des enfants, des adolescents ou des adultes (y c. en psychiatrie gériatrique). Elles se concentrent sur la prévention du suicide lors de la transition stationnaire-ambulatoire et ont été élaborées dans le cadre du plan d'action national pour la prévention du suicide (disponible sur : www.ofsp.admin.ch/preventiondusucide -> La prévention du suicide au cours d'une prise en charge psychiatrique).

3.1 Recommandation (1)

Évaluer le **risque de suicide** lors de la transition stationnaire-ambulatoire et assurer la **gestion du risque**.

L'évaluation du risque de suicide est une tâche permanente au cours d'un séjour hospitalier. Elle prend une importance toute particulière lors de la transition stationnaire-ambulatoire (en cas d'arrêt de l'hospitalisation ou de vacances). Les procédures internes et les responsabilités dans ce domaine diffèrent d'un établissement à un autre.

L'évaluation et la gestion du risque doivent prendre en compte toutes les informations et tous les facteurs pertinents, y compris la situation psychosociale du patient au quotidien et son stade de développement (dans le domaine de la pédopsychiatrie).

3.1.1 Financement

D'après les recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité¹³, les « mesures de prévention de la mise en danger de soi-même ou d'autrui » en cas de diagnostic psychiatrique principal ou secondaire font partie des prestations à la charge de l'AOS¹⁴.

L'évaluation du risque du suicide pendant le séjour hospitalier et à la sortie est un élément essentiel du processus médical et thérapeutique :

- Financement dans le cadre du TARPSY¹⁵¹⁶ pour le secteur stationnaire¹⁷.
- HoNOS¹⁸, ici en particulier l'item 2 (lésions auto-infligées non accidentelles et suicidalité – l'échelle va de 0 à 4), est pris en compte dans certains *psychiatric cost groups* (PCG) pour évaluer le degré de gravité dans le cadre du TARPSY. HoNOS est donc un facteur du *cost-weight* individuel. L'indemnisation plus élevée se reflète donc dans une rémunération totale plus importante. La mesure se fait à l'entrée et à la sortie du cadre stationnaire.
- Enfants et adolescents : HoNOSCA¹⁹, ici en particulier l'item 3 (lésions auto-infligées non accidentelles – l'échelle va de 0 à 4), est pris en compte pour évaluer le degré de gravité dans le cadre du TARPSY. HoNOSCA est donc un facteur du *cost-weight* individuel. L'indemnisation plus élevée se reflète donc dans une rémunération totale plus importante.
- La BSCL (auto-évaluation par les patients), qui recense également les lésions auto-infligées et la suicidalité, n'est pas prise en compte dans le TARPSY.

¹³ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf Recommandations sur l'examen de l'économicité : Détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49 al. 1 LAMal, approuvée par le Comité directeur de la CDS le 1^{er} mars 2018, p. 9.

¹⁴ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf, p. 2.

¹⁵ http://www.swissdr.org/application/files/4814/9977/6541/TARPSY_Abrechnungsregeln_f.pdf

¹⁶ https://www.swissdr.org/application/files/7515/2147/9453/Anwendungsregeln_TARPSY_Version_Maerz_2018_f.pdf

¹⁷ https://www.swissdr.org/application/files/1514/8104/2945/Die_wichtigsten_Ziele_von_TARPSY-f.pdf : « La mise en œuvre des forfaits journaliers liés aux prestations, permet à la structure tarifaire TARPSY de tenir compte de la complexité et des spécificités des soins psychiatriques stationnaires en Suisse. »

¹⁸ http://www.swissdr.org/application/files/1214/9381/3532/SwissDRG_Erfassung_HoNOS_V1.1_f.pdf. 3 items d'HoNOS sont pertinents pour TARPSY à l'entrée si l'évaluation est supérieure à 2.

¹⁹ http://www.swissdr.org/application/files/1814/9381/3571/SwissDRG_Erfassung_HoNOSCA_V1.1_f.pdf

3.2 Recommandation (2)

Impliquer les **proches** ou les **personnes de confiance** dans la transition stationnaire-ambulatoire.

Les proches ou les personnes de confiance désignées par le patient doivent être impliqués. Dans le cas d'un mineur, il faut en particulier tenir compte de la responsabilité des garants de l'autorité parentale. Si le patient ne consent pas à la participation de ses proches, il convient d'orienter ces derniers vers des offres appropriées (p. ex., les services de consultation du réseau NAP). Un aspect central de la prévention du suicide est de former et de conseiller les proches, tout en veillant à les décharger.

3.2.1 Financement

Le financement de l'implication des proches ou des personnes de confiance lors de la transition stationnaire-ambulatoire n'est pas réglé de manière claire et uniforme. Les contradictions ne sont pas faciles à résoudre.

Dans la pratique, les avis et les interprétations divergent à cet égard au niveau des prestataires de soins, de la CDS, des différents cantons et des organismes payeurs :

- À des degrés divers, la recommandation 2 est déjà intégrée dans plusieurs des plans thérapeutiques des prestataires de soins, dans la mesure où il s'agit d'une bonne pratique générale en matière clinique (brochures pour les proches, interlocuteurs, groupes de proches).
- Les proches/personnes de référence occupent souvent une place importante dans les plans/le matériel relatifs à la suicidalité utilisés dans les hôpitaux²⁰.
- À l'heure actuelle, il existe 18 centres de soutien aux proches dans les hôpitaux de Suisse alémanique qui sont explicitement désignés comme tels. 32 hôpitaux sont membres du Réseau de travail avec les proches en psychiatrie (Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie, NAP). Ce réseau a adopté des standards de qualité pour le travail avec les proches²¹.
- De façon générale, on peut dire que le travail avec les proches ne constitue pas une nouveauté et qu'il a déjà sa place dans de nombreux plans thérapeutiques.
- Dans la stratégie 2020 du réseau NAP, les réserves suivantes sont émises s'agissant du financement : « Il est difficile de savoir dans quelle mesure le travail avec les proches sera pérenne en cas d'économies, car il n'est souvent pas intégré explicitement dans les processus thérapeutiques ; l'incertitude subsiste également sur la façon dont le travail avec les proches sera pris en compte dans les révisions des tarifs TARPSY et TARMED²². »
- D'après les recommandations de la CDS²³, les « discussions systémiques avec système de référence (proches...) », c'est-à-dire l'implication des proches, ne font pas partie des prestations à la charge de l'AOS et à financer par le biais du tarif hospitalier.
- Les possibilités de financement dans le cadre du TARMED²⁴ sont définies dans le cadre des prestations 02.0010 et s. pour les spécialistes en psychiatrie.

²⁰ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizidpraevention-psychiatrische-versorgung.html> En 2018, l'OFSP a envoyé un courrier aux membres de SMHC, en collaboration avec cet organisme, pour qu'ils lui fassent parvenir leurs stratégies/listes de contrôle, etc. liées à la suicidalité. L'évaluation a permis d'examiner le rôle des proches/personnes de référence. 99 documents de Suisse alémanique (les documents des hôpitaux romands n'étaient pas encore disponibles au moment de l'enquête) ont servi de base à cette analyse. Environ 40 % d'entre eux mentionnent les proches ou les personnes de référence, la plupart du temps en tant que destinataires des informations, moins souvent en tant que sources d'information et dans un tiers des cas en tant que protagonistes actifs (aides à la prévention et soutiens, interlocuteurs après la sortie, aides dans l'évaluation des risques).

²¹ <https://www.angehoerige.ch/informationfachleute/qualitaetsstandard/>

²² http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/ueber_uns/NAP_Strategie_2020.pdf

²³ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf, p. 10.

²⁴ <https://www.tarmed-browser.ch/fr/blocs-de-prestations/51-alle-tarifpositionen-der-psychiatrie>

- Pour les spécialistes de premier recours, les prestations doivent être décomptées dans le cadre de leur valeur intrinsèque qualitative : 0500 Médecine interne (p. ex., 00.0520 Consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours).
- Les psychologues délégués (psychothérapie déléguée) ont leurs propres positions correspondantes dans le TARMED, 02.040 et s.
- Il faut faire attention aux limitations inscrites dans le TARMED. Dans la version 1.09, le travail avec les proches est assorti, dans les positions tarifaires 02.0030 et 02.0050 (à titre d'exemple uniquement pour les prestations médicales), de limitations de 105 minutes par consultation/séance. Par ailleurs, dans la position 02.0073, les prestations en l'absence du patient sont assorties d'une limitation de 180 minutes pour trois mois.
- Les prestations de soins psychiatriques ambulatoires sont rémunérées par le biais des tarifs de l'OPAS et nécessitent une ordonnance médicale pour que les coûts soient couverts (médecin de premier recours/psychiatre)²⁵. L'évaluation, les conseils et la coordination au sens de l'art. 7 OPAS comprennent aussi l'environnement du patient. Les mesures de traitement et de soins de base au sens de l'art. 7 OPAS, telles que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie, la promotion des contacts sociaux, l'utilisation d'aides à l'orientation et les mesures de sécurité chez les personnes souffrant de troubles psychiques, ne sont guère imaginables sans tenir compte de l'environnement.

3.3 Recommandation (3)

Avant la sortie du patient, convenir fermement d'un **suivi ambulatoire** rapide.

Le suivi ambulatoire à l'issue du séjour peut être assuré par diverses structures : psychiatres et psychologues-psychothérapeutes indépendants (pour toutes les classes d'âge), structures ambulatoires, hôpitaux de jour, médecins de famille, pédiatres, services de soins psychiatriques ambulatoires. Dans tous les cas, un rendez-vous avec le professionnel assurant le suivi doit être convenu suffisamment tôt avant la sortie du patient et avoir lieu dans la première semaine suivant la fin du séjour. Pour rassurer le patient, il convient qu'il fasse la connaissance de cette personne au moins une fois avant sa sortie (p. ex. lors d'une réunion de transition, cf. plus bas).

En outre, il est nécessaire de fournir à ce professionnel un rapport de sortie (même succinct) ou de le contacter par téléphone ; l'évaluation du risque de suicide doit être abordée à cette occasion.

Si aucun rendez-vous avec un professionnel chargé du suivi ne peut être organisé dans la première semaine après la sortie, il convient de proposer un entretien au sein de l'hôpital.

3.3.1 Financement

- Le financement pour la planification de la sortie (y c. rapport de sortie) est réglé dans le cadre du TARPSY pour un séjour hospitalier^{26 27 28}. C'est aussi le cas pour les domaines médicaux coûteux²⁹ : «Les traitements aigus hospitaliers doivent être rémunérés sur la base de forfaits : cette règle vaut également pour les domaines coûteux [...]. En règle générale, les prestations du service social et ses coûts sont compris dans les forfaits par

²⁵ Art. 7 OPAS, p. ex. : https://www.spitexzh.ch/files/JL9BSPN/klv_version_03082017_def.pdf

²⁶ Système TARPSY 2.0 / 2019 / <https://www.swissdrq.org/fr/psychiatrie/tarpsy-systeme-202019/catalogue-pcg>

²⁷ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf, p. 9.

²⁸ Indication issue de la pratique : en principe oui, mais actuellement, les caisses-maladie suppriment en partie les derniers jours d'hospitalisation au motif qu'elle n'est (plus) nécessaire. La gestion des sorties est très importante et l'hospitalisation devrait vraiment être payée jusqu'au dernier jour. De plus, l'assujettissement du service social à l'AOS n'est pas perçu de la sorte par les assureurs-maladie lors des négociations.

²⁹ Art. 49, al. 1, phrase 1, LAMal.

cas de l'hôpital³⁰. » « Les parties peuvent convenir d'exceptions aux rémunérations par forfait pour les prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales et facturer ces dernières séparément » (= rémunérations supplémentaires dans les structures tarifaires³¹)³². En sa qualité d'autorité d'approbation compétente, le Conseil fédéral « vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie³³ ».

Suivi :

- Les traitements et examens effectués dans un hôpital après la fin d'un séjour hospitalier (p. ex., traitement dans un hôpital psychiatrique de jour ou dans un service ambulatoire) peuvent être décomptés avec le tarif applicable, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de regroupements de cas³⁴.
- Les professionnels qui assurent le suivi peuvent décompter par le biais du TARMED, diversement en fonction de la profession (service d'aide et de soins à domicile/soins, prestations médicales, psychologues délégués).
- Pour les prestations de soins psychiatriques au sens de l'art. 7 OPAS, le tarif horaire est relevé, par rapport aux soins de base, pour les mesures de traitement en cas de mise en danger de soi-même³⁵.
- Voir aussi les recommandations 4, 5 et 6.

3.4 Recommandation (4)

Organiser une **réunion de transition** avant la sortie du patient.

Une réunion de transition avant la sortie de l'hôpital permet au patient, aux proches/personnes de confiance et aux professionnels des secteurs ambulatoire et stationnaire de se concerter. Elle peut se dérouler selon diverses modalités : visioconférence, conférence téléphonique, visite commune, etc.

3.4.1 Financement

- Si un médecin de premier recours prend part à une telle réunion, de manière analogue à un psychiatre, et que la prestation n'est pas liée au séjour hospitalier même, mais concerne la *période après la sortie de l'hôpital*, elle peut être rémunérée au moyen du TARMED dans le cadre du projet « Soins coordonnés », d'après l'évaluation juridique réalisée³⁶ (prestation en l'absence du patient)³⁷. Il en va de même pour les prestations d'un service d'aide et de soins à domicile si elles sont fournies sur prescription ou ordre médical, mais à un tarif différent et avec des rémunérations en partie différentes, p. ex., avec un forfait pour le temps de déplacement. Par contre, les psychothérapeutes délégués ne peuvent pas quitter le cabinet, en vertu du règlement de la branche.

³⁰ Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés. Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'OFSP, p. 19.

³¹ Les rémunérations supplémentaires prévues dans la version actuelle de SwissDRG pour la somatique aiguë peuvent aussi être utilisées pour la structure tarifaire TARPSY. L'Office fédéral de la statistique a publié un extrait du manuel de codage médical pour la psychiatrie.

³² Art. 49, al. 1, phrase 4, LAMal.

³³ https://www.swissdrg.org/application/files/4715/0123/5903/Convention_de_structure_tarifaire_TARPSY_f.pdf, les prestations intercurrentes sont en cours de traitement (indication issue de la pratique)

³⁴ http://www.swissdrg.org/application/files/4814/9977/6541/TARPSY_Abrechnungsregeln_f.pdf, p. 15/ 3.6 Examens pré- et post-hospitalisation effectués à l'hôpital.

³⁵ Art. 7 OPAS, ch. 14. Soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui.

³⁶ Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés. Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'OFSP, p. 33. Les retours des prestataires de soins montrent que l'application dans la pratique fait face à des critiques et que les assureurs refusent de telles factures de la part des médecins de premier recours. Il est difficile de prouver que la position TARMED doit s'appliquer pour la période post-hospitalisation.

³⁷ La réalité montre qu'il existe en partie une divergence entre l'« évaluation juridique » et l'« expérience pratique » et que les organismes payeurs ne rémunèrent pas tous ces prestations.

- En cas de « suivi externe », il faut toujours tenir compte des coûts d'opportunité (= perte de recettes, car les praticiens quittent le cabinet).
- À l'heure actuelle, seule la possibilité de financement précitée existe pour de telles réunions de transition, par analogie au rapport sur les « soins coordonnés³⁸ ». S'il y a parfois un financement supplémentaire, il se fait par le biais de PIG, de conventions de prestations, de subventions ou d'un financement privé.
- Dans le cadre d'un programme prioritaire consacré à la prévention du suicide, la Direction de la santé du canton de Zurich a conclu, avec des hôpitaux, des conventions de prestations qui soutiennent financièrement de telles réunions de transition sur une période de trois ans, à titre de financement initial (tout comme les aides à la transition et l'ASSIP – voir ci-après). Le volume de prestations et le montant de la subvention ont été fixés pour trois ans (selon trois catégories)³⁹.
- S'il n'est pas possible d'organiser une réunion de transition, il convient de mettre au moins en place des activités de coordination. Depuis le 1^{er} janvier 2012, la coordination des mesures et les dispositions prises par des infirmiers spécialisés pour prévenir les complications dans des situations de soins complexes et instables font explicitement partie des prestations de l'AOS (art. 7, al. 2, OPAS). Les prestations visent explicitement les personnes souffrant de maladies psychiques.
- Dans les services psychiatriques lucernois (Lups), les coûts de l'analyse des besoins (pendant le séjour hospitalier) sont pris en charge en vertu d'une convention de prestations avec le service d'aide et de soins à domicile du canton de Lucerne.

3.5 Recommandation (5)

Organiser une **aide à la transition** avant ou après la sortie.

Une visite accompagnée dans le cadre de vie des patients, avant ou juste après leur sortie de l'hôpital, aide ces personnes et leurs proches à mieux appréhender la phase de transition stationnaire-ambulatoire.

Les accompagnants peuvent être des personnes de référence impliquées dans la prise en charge stationnaire ou dans le suivi ambulatoire (p. ex., personne de référence du domaine stationnaire, pair, collaborateur du service psychiatrique ambulatoire).

3.5.1 Financement

Une visite accompagnée peu avant ou peu après la sortie peut – par analogie aux services mobiles de manière générale – être proposée sous différentes formes⁴⁰ :

- Soins psychiatriques ambulatoires
- Services psychiatriques mobiles des hôpitaux psychiatriques
- Services mobiles d'autres prestataires

Le rapport *Critères de réussite des services psychiatriques mobiles* (2018) décrit plusieurs projets pilotes concernant les services psychiatriques de proximité. La recommandation 5 porte concrètement sur une prestation de proximité ponctuelle et unique (le suivi nécessaire – recommandation 3 – peut être assuré le cas échéant par le même service). Les aspects

³⁸ Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés. Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'OFSP, p. 7.

³⁹ Convention de prestations entre le canton de Zurich et les hôpitaux. Les contributions se différencient en : réunion de transition, aide à la transition avant la sortie de l'hôpital, aide à la transition après la sortie de l'hôpital.

⁴⁰ Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Critères de réussite des services psychiatriques mobiles*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

financiers sont décrits comme suit dans le rapport précité (p. 14/15). Ils sont aussi pertinents pour le suivi (recommandation 3) si celui-ci est proposé par des services mobiles :

Financement sur la base du tarif médical TARMED : Si le service mobile est une institution reconnue indépendante des hôpitaux ou d'une division hospitalière (tous deux avec un mandat de prestations) sous la direction d'un médecin spécialiste, un décompte des prestations peut être réalisé via le tarif médical TARMED. Les deux postes « 02.01 Diagnostic et thérapie psychiatriques » et « 02.04 Prestations psychiatriques ambulatoires et non médicales, dans le cadre d'institutions et de divisions hospitalières reconnues » sont en particulier à considérer.

Les prestations du poste 02.01 doivent être fournies par des médecins ayant le titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou psychiatrie pour enfants et adolescents, celles du poste 02.04 par les professionnels employés par l'institution respective qui n'ont pas qualité de médecins : infirmiers et infirmières spécialisés en psychiatrie, sociopédagogues et travailleurs sociaux disposant d'une formation supplémentaire, psychologues et personnel thérapeutique professionnel à formation adéquate. Conformément aux exposés relatifs au TARMED, les prestations du chapitre 02.04 doivent être spécifiques afin de permettre de transposer « les connaissances modernes en psychiatrie de la prise en charge de proximité » (méthode sociopsychiatrique incluse).

Alors qu'une indemnité de déplacement est prévue pour les médecins au chapitre 02.01, une telle indemnisation est possible uniquement à titre exceptionnel et après concertation bilatérale au titre du chapitre 02.04. D'autres restrictions – par rapport aux postes de traitement médical du chapitre 02.01 – viennent s'ajouter : c'est ainsi qu'au maximum 4 heures de prise en charge par semaine et patient peuvent être facturées, excepté s'il s'agit de situations d'urgence ou de crise.

Financement des soins médicaux ambulatoires

Les soins et traitements de proximité apportés aux personnes atteintes de maladies psychiques par des infirmières et infirmières libéraux et des équipes des services psychiatriques d'aide et de soins de proximité/Spitex sont financés conformément à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) via l'assurance-maladie. Trois catégories de mesures distinctes sont différenciées concernant les prestations fournies sur prescription ou ordre médical.

Pour la recommandation 5, le domaine de mesures « évaluation, conseils et coordination » de l'art. 7 OPAS revêt de l'intérêt. À l'heure actuelle, le montant des contributions d'assurance fixé par le Conseil fédéral est de 79,80 francs de l'heure. L'évaluation juridique dans le cadre du projet « Soins coordonnés » relève que l'AOS verse une contribution aux coûts de l'analyse des besoins dans des situations complexes et instables, même lorsque cette évaluation est réalisée durant le séjour hospitalier (p. 25)⁴¹.

Comme le rapport le mentionne pour la réunion de transition, il existe dans le canton de Zurich, par exemple, des conventions de prestations pour les réunions de transition et l'aide à la transition. Les aides à la transition sont subventionnées par cas (dans deux catégories, selon que le patient est encore hospitalisé ou déjà sorti de l'hôpital).

⁴¹ Rémunération des prestations dans le cadre des soins coordonnés. Rapport dans le cadre du projet « Soins coordonnés » de l'OFSP, p. 25 et 33.

3.6 Recommandation (6)

Au plus tard avant la sortie de l'hôpital, aborder l'éventualité de **futures crises suicidaires et mettre en place des mesures pour les prévenir.**

Différents instruments peuvent être utilisés, seuls ou en combinaison, pour prévenir les futures crises suicidaires. Il convient de discuter ensemble des diverses possibilités (listées ci-dessous sous forme synthétique) :

- Une thérapie courte / consultation spécialisée pour les patients ayant fait une tentative de suicide (on peut p. ex. utiliser l'*Attempted Suicide Short Intervention Program [ASSIP]*).
- Un plan d'urgence
- Une carte d'appel d'urgence
- Des possibilités de renouer le contact
- Des directives psychiatriques anticipées ou un contrat thérapeutique

3.6.1 Financement

L'entretien préalable à la sortie fait partie du mandat de prestations stationnaires, financé au moyen du TARPSY. D'après la CDS, la planification de la sortie relève des prestations fournies dans le cadre des forfaits⁴².

En règle générale, le programme ASSIP relève des prestations/services ambulatoires. Il est financé au moyen du TARMED et subventionné par ailleurs dans le cadre d'une convention de prestations et/ou d'une PIG par les cantons (p. ex., dans le canton de Zurich), car les coûts ne sont pas entièrement couverts par le biais du TARMED.

À l'heure actuelle, il n'existe à cet égard que le système de financement précité. S'il y a un financement supplémentaire, il se fait par le biais de PIG, de conventions de prestations, de subventions ou d'un financement privé.

3.7 Recommandation (7)

Veiller à ce que les **professionnels de la santé** des domaines ambulatoire et stationnaire soient « **à jour** » en matière de prévention du suicide et **offrir des conditions de travail leur permettant de** mettre leur connaissances en pratique.

Les connaissances sur la prévention du suicide peuvent être transmises et mises en pratique de différentes manières :

- en leur donnant une place importante dans les programmes des différentes formations (initiale, postgrade, continue, perfectionnement)
- par des mesures de formation particulières, spécifiques aux différentes disciplines, multi-professionnelles et tripartites (c.-à-d. impliquant les proches et les patients) ;
- outre les offres de formation classiques, les cercles de qualité et les rencontres mixtes constituent par exemple aussi de bons outils ;
- en rassemblant les ressources nécessaires afin de nommer une personne responsable de la prévention du suicide.

⁴² https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf, p. 9 : « Gestion des sorties : gestion des interfaces avec les prestataires LAMal assurant le suivi du patient, conseils relatifs à la gestion de la maladie (instructions pour l'aide à l'entraide, entremise de conseils en matière d'addiction, information aux patients, etc.). »

3.7.1 Financement

- Les modalités de financement diffèrent selon que la formation initiale, continue ou postgrade se déroule dans un cadre stationnaire ou ambulatoire.
- Dans un environnement psychiatrique – stationnaire ou ambulatoire –, la question du suicide et de sa prévention est centrale. La question de la prévention du suicide l'est donc aussi dans la formation initiale, continue ou postgrade.
- Tous les hôpitaux ont une obligation de formation (pour les médecins, pour le personnel qualifié) et disposent d'un plan de formation. Les coûts de la formation initiale, continue ou postgrade sont inclus dans la comptabilité d'après REKOLE. Dans les cantons, il existe aussi des PIG, par exemple pour la formation des médecins-assistants. Le financement de l'enseignement académique et de la recherche est réglé au niveau cantonal et n'est pas financé par le biais de la LAMal.
- Le financement de la formation continue est réglé différemment d'un canton à l'autre. La LAMal ne comprend aucune définition exhaustive des prestations d'intérêt général : à l'art. 49, al. 3, LAMal, elle mentionne le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire comme exemples de telles prestations. Les cantons et les organismes privés sont libres de déléguer d'autres tâches à leurs hôpitaux. Les prestations d'intérêt général ne sont par conséquent pas définies de façon exhaustive. Il en existe plusieurs sur la question de la prévention du suicide, notamment des offres de formation (y compris interprofessionnelles), des plates-formes d'associations professionnelles, etc.
- Les indépendants financent eux-mêmes leur formation continue ou leur participation à des cercles de qualité, par exemple.

4 Conclusions

4.1 Point de vue médical

La prévention du suicide n'est pas une nouveauté dans les plans thérapeutiques des prestataires de soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Les sept recommandations font déjà partie, à des degrés divers, des plans thérapeutiques des hôpitaux et des prestataires ambulatoires. Qui plus est, certaines pratiques appliquées aujourd'hui ont été intégrées dans les recommandations. Elles ne constituent donc pas des innovations fondamentales, mais explicitent une vision commune de la prévention du suicide en Suisse. Ces sept recommandations sont aussi largement étayées sur le plan médical et technique.

4.2 Aspect du financement

Le présent document de base montre, tout au long des sept recommandations formulées, comment la prévention du suicide est ou peut être prise en compte dans les possibilités de financement actuelles (p. ex. aussi dans des projets pilotes).

Au regard de l'efficacité de la prévention du suicide, exposée dans plusieurs études scientifiques et dans la recherche sur le suicide, il est nécessaire de viser un système de financement simple et clair pour la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire.

L'examen des bases financières et de la pratique montre qu'à l'heure actuelle, il existe des possibilités de financement pour les sept recommandations, mais pas toujours dans la simplicité. Certaines sont couvertes dans le système de financement ordinaire alors que pour d'autres, le financement dépend largement de la volonté et de l'engagement des parties prenantes (p. ex., des différents prestataires de soins ou gouvernements cantonaux / départements de la santé, organismes payeurs).

Les défis liés au financement de la prévention du suicide dans la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire sont nombreux et ne se résolvent pas simplement, ni par un seul acteur. Les voici :

▪ **Lois et dispositions nationales :**

- Les dispositions légales en vigueur (LAMal, OPAS) prévoient un cadre de mise en œuvre avec une certaine marge d'interprétation et de concrétisation. De plus, nous avons un système de financement dual pour les prestations stationnaires et ambulatoires.
- À l'échelle nationale, il existe deux systèmes tarifaires différents, le TARPSY pour les soins stationnaires et le TARMED pour les soins ambulatoires. L'absence de vue d'ensemble pour les transitions comme pour les prestations intermédiaires est donc inhérente au système.
- Pour l'inscription de nouvelles prestations dans le système de financement national, il existe un « processus de demande pour prestations générales » prédéfini⁴³. L'évaluation des nouvelles prestations se fait sur demande ; les requérants doivent établir eux-mêmes la documentation nécessaire à cet effet.

▪ **Conditions-cadres cantonales :** les cantons assument diversement leur rôle et leurs tâches à l'égard des soins psychiatriques, et donc à l'égard de la prévention du suicide et du financement cantonal correspondant (p. ex., financement de projets pilotes, attribution de mandats de prestations ou de conventions de prestations, etc.). Le système de santé fédéraliste et les compétences définies à l'échelle des cantons conduisent à des disparités de financement. La prévention du suicide est un thème prioritaire dans certains cantons, mais elle ne l'est pas dans d'autres.

▪ **Groupes professionnels – interprofessionnalité :** divers prestataires appartenant à différents groupes professionnels sont impliqués dans la prévention du suicide et dans les recommandations proposées (psychiatres, psychothérapeutes, médecins de premier recours, pédiatres, infirmiers), et la rémunération des prestations, comme les forfaits pour le temps de déplacement, par exemple, n'est pas réglementée de manière uniforme.

▪ **Pratique quotidienne :** quand bien même les dispositions légales et contractuelles et les conditions-cadres cantonales seraient semblables ou identiques, il faut tenir compte du décalage qui existe entre la théorie et la pratique, en raison de la marge d'interprétation des bases légales et des résultats des négociations. Ainsi, il arrive que des assureurs refusent de prendre en charge des prestations facturées par des professionnels de la santé exerçant en ambulatoire. La « street level bureaucracy »⁴⁴ a donc aussi un impact sur la mise en œuvre financière de la prévention du suicide.

⁴³ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/antragsprozesse/Antragsprozesse-Allgemeine-Leistungen.html>

⁴⁴ Lipsky, Michael (1980/2010): Street Level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services. Sage, New York.

4.3 Conclusions

Les sept recommandations et leur application sur l'ensemble du territoire constituent une stratégie concise, qui permet à toutes les parties prenantes d'avoir la même compréhension de la prévention du suicide lors de la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire. Ce serait aussi souhaitable pour les questions de financement : les négociations financières et tarifaires dans le domaine de la prévention du suicide pourraient ainsi être conçues de façon plus simple et concise.

Voici des approches pour optimiser le financement :

- Niveau national : la question n'est pas encore résolue de savoir comment trouver des conventions de prestations judicieuses à l'échelle cantonale dans le développement des systèmes tarifaires, lorsque le TARPSY et le TARMED sont tous deux concernés. Le TARPSY et les classifications CHOP sont toutefois des systèmes évolutifs : la soumission de documentation et de propositions leur permet d'« apprendre ». Pour cela, il faut l'implication de tous les acteurs – chacun à sa manière, selon ses possibilités stratégiques et opérationnelles.
- Niveau cantonal : les conventions de prestations des différents cantons montrent comment une optimisation est possible sur les plans aussi bien quantitatif que qualitatif. Le financement des réunions de transition et des aides à la transition, prévu par les conventions de prestations dans le canton de Zurich, en est un bon exemple.
- Niveau des projets pilotes : l'introduction pilote de forfaits globaux limités dans le temps (p. ex., par année) pour les personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide serait une autre possibilité. Il est prouvé scientifiquement que les interventions ambulatoires après un séjour hospitalier engendrent en moyenne de meilleurs résultats thérapeutiques et des coûts globalement inférieurs⁴⁵.
- Niveau des prestataires de soins : échanger sur les expériences de bonnes pratiques concernant les possibilités de financement – même si ce sont des projets pilotes – et les intégrer dans les négociations avec les cantons et les assurances. Des prestataires de soins audacieux montrent que des projets pilotes fondés scientifiquement et ayant un effet positif ouvrent la voie à un financement supplémentaire, même dans un contexte plus compétitif, par le biais notamment de fonds institutionnels.
- À l'interface des cadres de prise en charge et des groupes professionnels, des aspects et défis financiers analogues font l'objet de discussions dans d'autres domaines⁴⁶, c'est-à-dire dans d'autres programmes et stratégies aux échelles nationale et cantonale. Le présent document peut aider les acteurs impliqués, dans le cadre des processus/groupes de travail existants et futurs, à exprimer leurs préoccupations concernant les aspects financiers de la prévention du suicide lors de la transition entre le séjour hospitalier et la prise en charge ambulatoire.

⁴⁵ <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2707429>: Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial.

⁴⁶ P. ex., stratégie en matière de soins palliatifs / plate-forme soins palliatifs, stratégie nationale en matière de démences, projet « Soins coordonnés », projet « Avenir de la psychiatrie », stratégie MNT, stratégie nationale addictions, programme de promotion « Interprofessionnalité ».