



Soins coordonnés

## **Groupe de patients 1 : personnes (très) âgées et polymorbides**

### **Champs d'action et mesures**

Version du 23 mars 2016

---

La promotion des soins coordonnés fait partie de la stratégie « Santé2020 » adoptée par le Conseil fédéral. A cet égard, il a été décidé de mettre l'accent sur des groupes spécifiques de patients exigeant des prestations de santé particulièrement variées et, dans ce contexte, de se concentrer sur certaines interfaces. L'objectif consistera dans un premier temps à améliorer, dans le contexte hospitalier principalement, les soins coordonnés des patients (très) âgés et polymorbides.

Les « soins coordonnés » sont définis comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. Les aspects pertinents de la prévention doivent également être pris en compte. Le patient figure au premier plan : la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long du traitement et du suivi.

Une recherche menée dans la littérature a permis de dégager les principaux problèmes des soins coordonnés prodigués aux patients (très) âgés et polymorbides. Des experts ont validé cette analyse lors d'un atelier organisé le 4 septembre 2015. Par ailleurs, les besoins ont été identifiés. Le 13 novembre 2015, un deuxième atelier a réuni plus de 40 représentants de diverses organisations et associations afin d'élaborer les mesures pour ces champs d'action. C'est sur cette base que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) propose quatre champs d'action et les mesures correspondantes ; la mise en œuvre semble être réalisable dans un avenir proche et sur la base des ressources disponibles :

- 1. Renforcement de l'autodétermination du patient et anticipation des besoins de soins**
- 2. Planification de la sortie de l'hôpital et du suivi à l'interface hôpital/établissement médico-social/domicile**
- 3. Amélioration de l'accès aux structures de soins spécialisés en gériatrie**
- 4. Elaboration de bases pour la transmission de connaissances fondamentales en gériatrie**

#### **Mise en œuvre :**

Il est prévu que le rôle de l'OFSP consiste surtout à lancer des projets de tiers et à attribuer des mandats concrets à des prestataires externes. L'office aide les acteurs concernés en leur fournissant notamment les bases et les instruments utiles à la mise en œuvre. Il met à leur disposition une plateforme destinée à la diffusion des résultats. Un soutien financier pourra être accordé en faveur de l'acquisition de connaissances de base. En outre, l'OFSP se chargera de dégager les synergies avec d'autres stratégies et projets.



Soins coordonnés

**Groupe de patients « personnes (très) âgées et polymorbides » : champs d'action et mesures**

CHAMP D'ACTION 1	CHAMP D'ACTION 2	CHAMP D'ACTION 3	CHAMP D'ACTION 4
<b>Renforcement l'autodétermination du patient et anticipation des besoins de soins</b>	<b>Planification de la sortie de l'hôpital et du suivi à l'interface hôpital/établissement médico-social/domicile</b>	<b>Amélioration de l'accès aux structures de soins spécialisés en gériatrie</b>	<b>Elaboration de bases pour la transmission de connaissances élémentaires en gériatrie</b>
<p><b>Objectif</b> La qualité et l'importance des directives anticipées du patient et des mandats pour cause d'incapacité doivent être renforcées pour permettre une coordination du traitement et du suivi des patients mieux adaptée à leur besoin. Il convient d'encourager la planification de la fin de vie (<i>advance care planning</i>, ACP) en tant qu'instrument prospectif de planification, de préparation et de prise de décision et afin d'éviter une hospitalisation superflue. Il importe de vérifier si les systèmes actuels de financement permettent de couvrir le recours à l'ACP et si cette dernière peut être appliquée dans le cadre d'un projet-pilote de cybersanté.</p>	<p><b>Objectif</b> Il convient de définir des moyens de mieux planifier la sortie de l'hôpital ainsi que le suivi à l'interface hôpital/établissement médico-social/domicile, par exemple, en élaborant des check-lists/recommandations pour la planification de la sortie de patients (très) âgés et polymorbides qui tiendraient en particulier compte de la gestion des médicaments. De plus, il faut recenser les offres de soins nécessaires après un séjour hospitalier et vérifier leur concrétisation.</p>	<p><b>Objectif</b> Des modèles de bonnes pratiques en vigueur dans les cantons, les communes et les institutions (équipes mobiles chargées des urgences gériatriques, services d'urgences en gériatrie ou équipes mobiles de soins intra-hospitalières, etc.) doivent être recensés et analysés.  Les enseignements ainsi tirés serviront ensuite de base à la promotion de telles structures de soins dans les autres régions du pays.</p>	<p><b>Objectif</b> Il convient d'élaborer des cas pratiques pour illustrer les aspects à considérer sur le plan gériatrique, gérontologique et gérontopsychiatrique lors du suivi et du traitement de personnes très âgées et polymorbides. Ces exemples doivent pouvoir être utilisés à tous les échelons de la formation des professionnels de la santé et du social pour la transmission de connaissances fondamentales en gériatrie.</p>
<p>Mesure 1.1 <b>Renforcer l'importance de la directive anticipée du patient</b></p>	<p>Mesure 2.1 <b>Etablir et diffuser des recommandations relatives à la sortie de l'hôpital</b></p>	<p>Mesure 3.1 <b>Recenser et analyser des modèles de bonnes pratiques dans les soins gériatriques</b></p>	<p>Mesure 4.1 <b>Elaborer des cas pratiques pour la transmission de connaissances fondamentales en gériatrie</b></p>
<p>Mesure 1.2 <b>Encourager la planification de la fin de vie (advance care planning)</b></p>	<p>Mesure 2.2 <b>Renforcer les offres de soins transitoires</b></p>		

CONDITIONS-CADRE

**Vérifier l'indemnisation dans le cadre du contexte juridique en vigueur**

Elaboration d'une vue d'ensemble indiquant quelles prestations/offres incluses dans les mesures susmentionnées peuvent être ou non indemnisées compte tenu du cadre juridique en vigueur.