
PLANIFIER ET COORDONNER LA SORTIE D'HÔPITAL

Atelier du 8 décembre 2016

Rapport final sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Irène Dietschi, Mars 2017

Rapport élaboré dans le cadre du
projet « Soins coordonnés »



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Soins coordonnés

Prévoir, partager, agir.
Avec le patient.

Introduction

Les personnes âgées atteintes d'affections multiples représentent le principal groupe de patients de nombreux services hospitaliers. Si elles entrent à l'hôpital pour des motifs très variés, beaucoup d'entre elles ont pour point commun de présenter des difficultés – p. ex., fragilité liée à l'âge, limitations fonctionnelles (visuelles ou auditives), démence – pouvant conduire à une modification de leur situation en matière de soins et d'accompagnement après leur séjour. Il est donc particulièrement important de bien coordonner leur sortie d'hôpital et de soigneusement planifier leur suivi pour prévenir toute rupture dans la chaîne de traitement.

L'élaboration et la diffusion de recommandations pour la planification de la sortie d'hôpital des patients (très) âgés et polymorbides fait par conséquent partie des mesures mises en œuvre dans le cadre du projet de promotion des soins coordonnés de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Le 8 décembre 2016, les fournisseurs de prestations, les associations, les autorités cantonales et les assureurs se sont réunis, à l'invitation de l'OFSP et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), pour un atelier de discussion sur la façon dont la planification de la sortie d'hôpital peut être améliorée et sur les éléments importants à cet effet. Les quelque 80 participants présents ont pu se rendre compte de la multitude d'initiatives déployées à travers le pays pour assurer la continuité de la chaîne de prise en charge au niveau des interfaces entre soins somatiques aigus et suivi.

Le présent rapport dresse la synthèse des résultats de cet atelier, intitulé « Planifier et coordonner la sortie d'hôpital ». Il reflète le point de vue des responsables des différents projets. Il contient des idées et des outils concrets qui aideront les acteurs concernés à optimiser, selon leurs compétences et possibilités, la sortie d'hôpital des patients fragiles atteints d'affections multiples.

Lien

« Soins coordonnés » : www.bag.admin.ch/soins-coordonnes

Sommaire

Sortie d'hôpital et processus de coordination des fournisseurs de prestations : trois exemples pratiques

**Amélio :
l'humain au cœur du réseau de santé** 4
Réseau Santé Région Lausanne

**Optima :
quand la sortie se planifie dès les urgences** 7
Projekt des Kantonsspitals Aarau

**Alvad :
une organisation d'aide et de soins à domicile
renforce sa collaboration avec l'hôpital** 9
Association d'aide et de soins à domicile et hôpital régional de Locarno

Planification de la sortie d'hôpital : le rôle du travail social hospitalier

**Travail social hospitalier :
les méthodes pour aider le patient à sortir dans de bonnes conditions** 11
Association suisse des services sociaux d'hôpitaux (SFSS)

Soins aigus et de transition : deux exemples pratiques

**Soins de transition (I) :
exploiter le potentiel de réadaptation** 13
Unités d'accueil et de soins de transition de la ville de Zurich

**Soins de transition (II) :
récupérer avant de retourner chez soi** 15
Soins aigus et de transition du canton d'Argovie

Résumé 17

Amélio : l'humain au cœur du réseau de santé

Dans le canton de Vaud, des infirmiers spécialement formés œuvrent dans le cadre du projet Amélio afin d'améliorer la continuité des soins à la population âgée et fragile. Par l'intermédiaire des réseaux de santé régionaux, le canton exerce une influence majeure sur la prise en charge.

Amélio est un programme du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) destiné à renforcer l'interface entre le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et les services d'aide et de soins à domicile ainsi que les établissements médico-sociaux (EMS). Son objectif est de permettre aux personnes âgées et fragiles de bénéficier d'un suivi ininterrompu en amont et en aval de l'hôpital.

Amélio s'inscrit dans un contexte de politique sanitaire bien spécifique. Le canton de Vaud n'a en effet pas seulement pour rôle de garantir les soins de santé, mais aussi et dans une large mesure d'en assurer le pilotage. En vertu d'une loi adoptée en 2007, tous les prestataires de soins – communes, hôpitaux, EMS, services ambulatoires, et, sur la base du volontariat, médecins de famille – sont tenus de s'affilier à l'un des quatre réseaux de santé du canton : Nord Broye, La Côte, Région Lausanne ou Plateforme Haut-Léman. L'objectif est de promouvoir le principe de la primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire et de renforcer et coordonner les offres de soins tout au long du parcours du patient

Chacun de ces quatre réseaux de santé régionaux dispose d'un Bureau régional d'information et d'orientation (BRIO) qui centralise tout ce qui concerne les soins et s'occupe aussi bien



de la liaison avec l'hôpital que de la coordination avec les services d'aide et de soins à domicile ou de la gestion des lits médicalisés. Ce bureau tient un rôle essentiel, en particulier pour les personnes âgées et fragiles atteintes de maladies chroniques. Il les conseille sur la procédure à suivre en cas de séjour à l'hôpital ou en établissement de réadaptation, leur trouve des solutions de suite, coordonne leur placement en EMS ou les informe sur les prestations des services d'aide et de soins à domicile et des autres services ambulatoires. Il permet ainsi de s'assurer que les patients fragiles bénéficient du soutien dont ils ont besoin, que ce soit chez eux ou en institution.

Le RSRL, auquel est affilié le CHUV, est le plus étendu et le plus important des quatre réseaux de santé : il assure le suivi de 45 % des Vaudois de plus de 75 ans, et son BRIO traite environ deux fois plus de demandes que ceux des autres régions (13 400 en 2014).



Amélio a été lancé en 2015, alors que le RSRL traversait une période de tension : « La direction du département de la santé considérait que le BRIO de la Région Lausanne ne contribuait pas suffisamment à la gestion des patients de l'hôpital universitaire », explique Philippe Anhorn, le directeur du RSRL. Voyant dans cette crise une opportunité de progresser, le Comité de direction du CHUV (directeur général de l'hôpital, direction médicale et direction des soins) et les responsables du réseau ont décidé de lancer le projet Amélio (amélioration des processus de liaison et d'orientation) dans l'objectif d'optimiser davantage la coordination des solutions de suite au sortir des phases aiguës – à savoir, par exemple, d'aider à éviter que les anamnèses ne soient faites en double, que des informations importantes (médicaments et traitements prescrits) ne soient perdues ou que les entretiens de conseil ne soient organisés trop tardivement – tout en plaçant les patients âgés et fragiles au cœur des efforts déployés.

Les missions de coordination d'Amélio sont assurées par des infirmiers spécialement formés, appelés infirmiers de liaison (IDL), qui, comme l'indique Philippe Anhorn, jouent un rôle essentiel dans la garantie de la continuité du suivi des patients. Le RSRL emploie 60 IDL au total. Un quart d'entre eux travaillent en ambulatoire. Les autres exercent au sein du CHUV, où ils se chargent principalement non pas d'assurer les soins aigus des patients mais de préparer leur sortie d'hôpital, c'est-à-dire de déterminer si un retour à domicile est possible ou si un séjour en centre de soins de transition ou en home est nécessaire, quelles offres ambulatoires du réseau de santé semblent indiquées, ou encore dans quelle mesure les proches ont besoin d'être conseillés. « Les infirmiers de liaison ont un travail très exigeant, surtout quand les cas sont complexes », déclare Philippe Anhorn.

Mais c'est précisément dans les cas complexes que se révèle, selon le directeur, le principal atout d'Amélio, à savoir l'esprit de cohésion qui unit tous les IDL, qu'ils travaillent à l'hôpital ou en ambulatoire. Pour parvenir à un tel résultat, Philippe Anhorn a investi beaucoup de temps dans la promotion de l'esprit d'équipe, et ce dès le démarrage du projet en 2015. Début 2017, le RSRL a élaboré un cahier des charges détaillé à l'attention de tous les IDL et le met à la disposition de tous les intéressés (information sur www.reseau-sante-region-lausanne.ch).

Le bât blesse en revanche au niveau du financement : les coûts sont aujourd'hui pour moitié payés par le canton, mais aussi pour moitié couverts par les cotisations des fournisseurs de prestations. En effet, l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) ne s'applique pas aux prestations de coordination des réseaux de santé, qui, comme l'explique Philippe Anhorn, ne sont pas (encore) reconnues par le canton. Une nouvelle loi pourrait toutefois bientôt changer cela

(cf. www.vd.ch/dsas). Les responsables d'Amélio doivent donc fournir des éléments solides démontrant que les coûts diminuent lorsque les prestations de coordination sont professionnalisées.

L'accès aux données médicales pose également problème. Ces données étant encore fréquemment gérées sur support papier, il est souvent difficile de reconstituer entièrement le parcours des patients. Certes, l'introduction du dossier électronique devrait sensiblement améliorer les choses. Mais Philippe Anhorn en est convaincu : « Le système serait encore plus efficace si les prestataires ambulatoires devaient, eux aussi, participer aux dossiers virtuels. »

L'essentiel en bref

- Dans le canton de Vaud, tous les prestataires de soins sont légalement tenus de s'affilier à l'un des quatre réseaux de santé du canton. L'État mise sur cette structure pour promouvoir les soins coordonnés.
- Amélio est un programme du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL) destiné à renforcer l'interface entre le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et les services d'aide et de soins à domicile ainsi que les établissements médico-sociaux (EMS).
- Les missions de coordination d'Amélio sont assurées par des infirmiers spécialement formés, appelés infirmiers de liaison (IDL). Les trois quarts de ces infirmiers exercent au sein du CHUV. Le quart restant travaille en ambulatoire.
- Le financement des prestations de coordination n'est pas entièrement réglé.

Liens

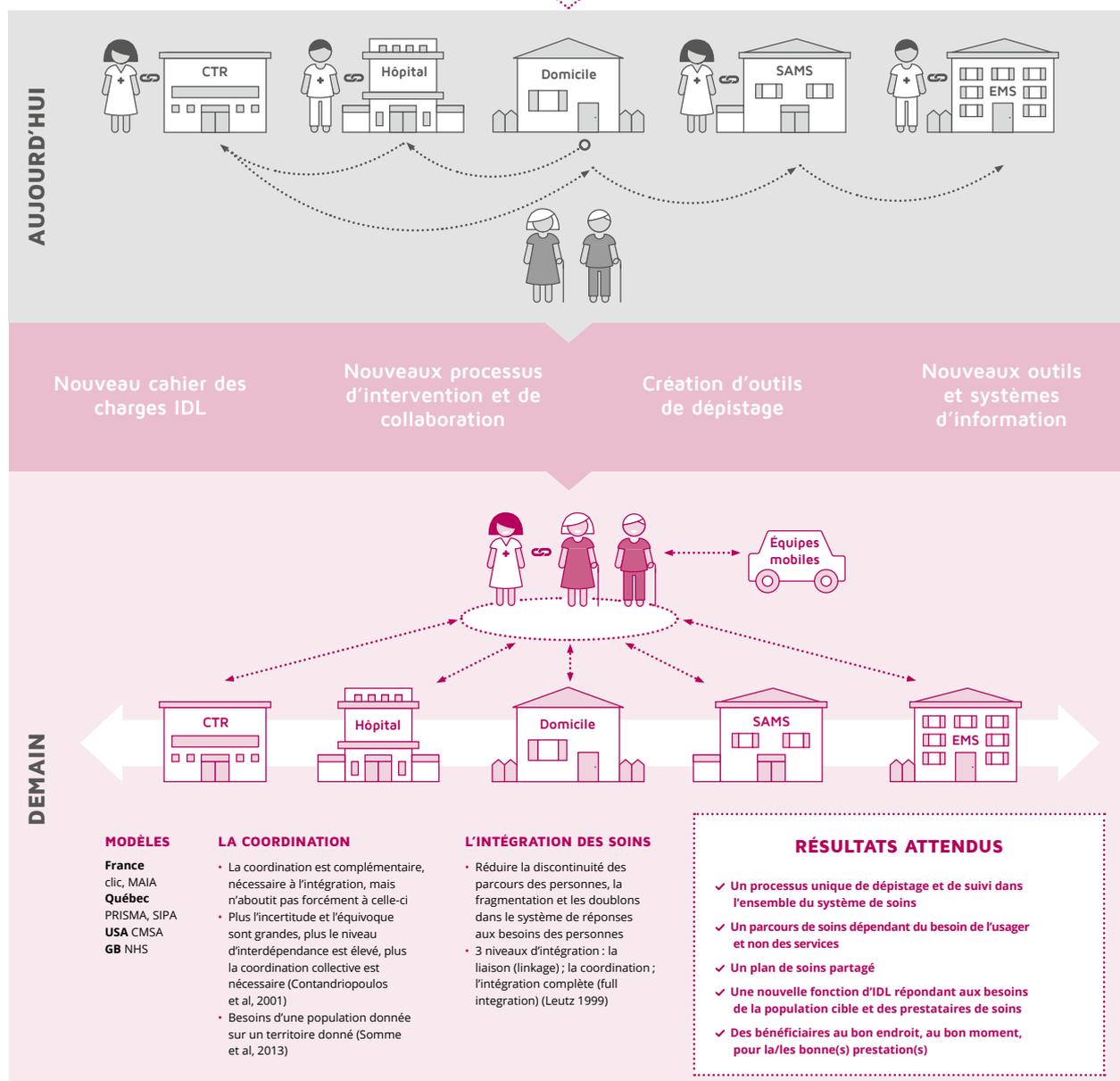
www.reseau-sante-region-lausanne.ch
www.vd.ch/dsas

AMÉLIO

Améliorer le parcours de soins de la population âgée et fragile en renforçant l'intégration clinique



<p>CONTEXTE DE TRANSITION</p> <p>Sociodémographique vieillissement de la population Epidémiologique maladie aiguë → chronique Conceptuelle besoin du système → besoin usager Organisationnelle activité ponctuelle → activité de suivi Technologique dossier papier → informatisé Professionnelle liaison → coordination (bonnes pratiques)</p>	<p>LE RÉSEAU SANTÉ RÉGION LAUSANNE (RSRL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'efficacité du système de santé • Place l'utilisateur au centre de l'activité du réseau • Tisse des liens de collaboration plus étroits entre les partenaires • Assure une meilleure réponse aux besoins des usagers • Assure l'équité d'accès et de traitement <p>Le BRIO : Bureau Régional d'Information & d'Orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmier-e-s de liaison (IDL) informent et orientent les usagers dans le réseau de soins et coordonnent leur prise en charge 	<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Faciliter l'orientation et la coordination → Repenser le métier et l'activité de l'infirmier de liaison → Améliorer les phases de transition → Promouvoir la continuité du parcours de soins <p>VALEURS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Éthique, économie et équité d'accès aux soins
<p>BÉNÉFICIAIRES</p> <p>Population région Lausanne</p>		<p>PARTENARIATS, FOURNISSEURS</p> <p>Proches aidants, Hôpitaux, CTR, CMS, EMS etc.</p>



Optima : quand la sortie se planifie dès les urgences

Le projet Optima de l'hôpital cantonal d'Aarau est axé sur l'interprofessionnalité et vise à garantir que les patients sont traités au bon endroit et bénéficient d'un suivi adapté. Son dispositif repose en grande partie sur le tri effectué lors de l'admission à l'hôpital.

C'est la clinique universitaire médicale de l'hôpital cantonal d'Aarau (Kantonsspital Aarau, KSA) qui a lancé le projet Optima en 2009 : « Avant, il arrivait, surtout en hiver, que la clinique se retrouve surpeuplée de patients qui, souvent, n'auraient pas eu besoin de lit en soins aigus », explique Antoinette Conca, responsable du développement des soins au KSA. Et de poursuivre : « Avec Optima, le cheminement des patients est optimisé en termes d'interprofessionnalité. Nos résultats montrent que le dispositif permet d'éviter les actes improductifs et d'utiliser les ressources là où elles sont véritablement nécessaires. »

Tout commence par un tri aux urgences : lorsqu'un patient très âgé et fragile arrive, la question est tout de suite posée de savoir si sa place est bien en hôpital de soins aigus ou pas. Si l'urgentiste et l'infirmier concluent à un risque médical faible mais à un besoin en soins important, alors le patient concerné n'est généralement hospitalisé que brièvement. Le service social prend le relais et organise avec le personnel soignant une solution de remplacement adaptée : un lit de vacances en service de soins de transition ou un suivi ambulatoire à domicile. Le KSA travaille en réseau avec des institutions réparties sur tout le territoire cantonal

et capables de prendre en charge les patients sortant d'une hospitalisation courte ou même directement des urgences.

Si le tri révèle un risque médical moyen ou élevé, alors il y a hospitalisation. Mais la sortie est dès le départ en point de mire. Les médecins, le personnel soignant et le service social, mais aussi les physiothérapeutes, échangent en permanence (au moins une fois par jour) afin de « mutualiser leurs avis » quant au patient et à sa capacité à quitter l'hôpital. Outre les visites physiques, ils recourent pour ce faire à un outil de visite virtuel interprofessionnel, à savoir un document unique représentant un simple feu tricolore et servant à consigner quotidiennement l'état du patient, des points de vue médical, infirmier et social. Les divergences sont visibles en un coup d'œil. Si on prend l'exemple d'un patient admis pour un infarctus du myocarde, le feu peut en effet parfaitement être déjà au vert pour le personnel soignant, mais encore au rouge pour les médecins, et à l'orange pour le service social si celui-ci estime qu'il faut encore organiser le suivi. La situation peut être exactement inverse pour une patiente nécessitant des soins intenses : le médecin peut donner son feu vert à la sortie d'hôpital, mais les soignants considérer que le besoin en soins de suite est encore important et signaler cela par un feu orange ; quant au service social, il peut indiquer par un feu orange que la sortie est décidée mais différée. Dans tous les cas, le patient ne peut effectivement quitter l'hôpital que lorsque les trois voyants sont au vert.



« Le fait que nos documents soient utilisables par les différentes professions constitue un gros plus pour toutes les personnes impliquées, déclare Antoinette Conca. Cela accroît la transparence, crée une sorte de table ronde virtuelle permettant de disposer à tout moment des dernières informations concernant les patients, et rend les processus globalement mieux planifiables et mesurables. »

Les avantages de l'outil virtuel – que les responsables du KSA mettent à la disposition des autres hôpitaux – sont confirmés par les conclusions de l'évaluation du projet Optima : la durée moyenne des séjours hospitaliers a diminué, la gestion des sorties et le suivi post-hôpital marchent bien, les délais d'attente sont maîtrisés et les patients sont globalement satisfaits (cf. article publié dans la revue BMC Emergency Medicine, <http://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-13-12>). Même sur le moyen terme – c.-à-d. 30 jours après la sortie d'hôpital –, les résultats dépassent les objectifs visés. Le taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours, par exemple, s'établit à 6,5 %, là où la clinique médicale tablait sur 7 %, et où, à titre de comparaison, les hôpitaux américains enregistrent entre 15 % et 25 % de réadmissions selon le diagnostic principal. Le projet Optima a, dès le départ, bénéficié de contributions cantonales. Le KSA souhaite désormais poursuivre son développement et accompagner la conception de solutions innovantes par des études. Il a d'ailleurs récemment lancé l'étude « In-HospITool », qui est soutenue par le PNR 74 « Système de santé » du Fonds national suisse. Les hôpitaux qu'une participation à cette étude intéresse peuvent se rapprocher de la clinique médicale du KSA.

L'essentiel en bref

- Le projet Optima de l'hôpital cantonal d'Aarau vise à garantir que les patients sont traités au bon endroit et bénéficient d'un suivi organisé le plus tôt possible. Son dispositif, qui repose en grande partie sur le tri effectué dès les urgences, permet d'éviter les hospitalisations inutiles.
- Optima permet de professionnaliser les processus, grâce notamment au document de visite unique utilisé de manière interprofessionnelle par tous les médecins, soignants, membres du service social et autres professionnels de santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) de l'hôpital.
- L'évaluation dont il a fait l'objet montre que le projet Optima porte ses fruits : la durée des séjours hospitaliers a diminué, les réhospitalisations sont moins fréquentes, et les sorties sont gérées de façon efficiente sans que la sécurité des patients ne s'en ressentent.

Liens

www.ksa.ch → Kliniken & Zentren → Medizin → Forschung

Alvad : une organisation d'aide et de soins à domicile renforce sa collaboration avec l'hôpital

Il n'est pas rare que de précieuses informations se perdent au moment de la sortie de l'hôpital. L'Alvad, l'association d'aide et de soins à domicile de Locarno, a souvent pu le constater dans le passé. Mais depuis que l'organisation a resserré sa collaboration avec l'hôpital régional de la ville, les soins extra-hospitaliers fonctionnent plus efficacement.

L'Alvad (Associazione Locarnese e Valmaggese di Assistenza e Cura a Domicilio) est chargée d'assurer les soins extra-hospitaliers et les prestations de services ménagers dans les districts tessinois de Locarno et de la vallée de la Maggia. L'association d'aide et de soins à domicile a ses bureaux tout près de l'hôpital régional de Locarno. Il y a encore peu de temps, les deux institutions travaillaient pourtant quasiment chacune dans leur coin, et ne savaient pas grand-chose de leurs activités respectives. Mais depuis environ deux ans, l'Alvad s'emploie à renforcer sa collaboration avec l'établissement hospitalier et d'autres cliniques de la région. Comme dans le cadre du projet Amélio (cf. xy), ce sont des infirmiers de liaison qui servent de traits d'union.

« Avant, lorsqu'un patient rentrait chez lui après une hospitalisation et qu'il avait besoin de nos services, nous étions prévenus pratiquement à la dernière minute, se souvient Gabriele Balestra, directeur de l'Alvad. Cette façon de travailler dans l'urgence était très pénible pour nous. La gestion des plannings était un casse-tête. Et les indications fournies sur la santé de la personne étaient souvent incomplètes, quand il y en avait. Nos infirmiers passaient donc beaucoup de temps avec le patient lors de la pre-

mière visite à domicile, afin de se faire une idée de son état. Ils devaient en outre se procurer les médicaments et le reste du matériel nécessaire, s'enquérir des possibilités de l'entourage (p. ex., du temps que les enfants pouvaient consacrer à leur père ou à leur mère), et élaborer un programme de soins au pied levé. Bref, effectuer tout un travail de préparation qui, souvent, faisait augmenter le coût du suivi. »

Aujourd'hui, l'Alvad emploie deux infirmiers de liaison, qui s'occupent de planifier les sorties d'hôpital en collaboration avec le service social hospitalier et les proches des patients. Destiné à rendre ces sorties plus fluides et prévenir toute rupture entre l'hôpital et la prise en charge à domicile, le système fonctionne de la façon suivante : l'infirmier rend visite au patient alors qu'il est encore à l'hôpital afin de lui présenter les services de l'Alvad, puis se charge après cette rencontre – où sont aussi présents les proches, les soignants hospitaliers et, si la situation est très complexe, le médecin – de prendre les dispositions nécessaires pour garantir le bon fonctionnement des soins à domicile. « Cette façon de procéder est utile à un double titre, commente Gabriele Balestra. Elle permet aux infirmiers, d'une part, de préparer le patient et son entourage à la façon dont les soins à domicile se dérouleront, et d'autre part, de recueillir directement à l'hôpital toutes les informations nécessaires sur l'état de santé du patient pour ensuite les transmettre à la fois aux collaborateurs de l'Alvad, au médecin traitant et à la famille. » Les données médicales importantes (médicaments administrés, médecin responsable du patient, etc.) sont consignées sur une « fiche de sortie ».



« Le dispositif fonctionne bien, souligne Gabriele Balestra. Son succès se vérifie. Par exemple, à travers le recul du nombre de réhospitalisations. Mais aussi à travers la diminution des coûts. » Le directeur de l'Alvad a pris un exemple et calculé que, dans les premières semaines suivant la sortie, la coordination de la collaboration avec l'hôpital faisait baisser d'environ un tiers les dépenses de soins extra-hospitaliers à la charge de l'assurance-maladie.

Les patients et leurs proches, eux aussi, sont gagnants. La visite de l'infirmier de liaison à l'hôpital les prépare au retour à domicile. Cela a un effet positif sur les soins eux-mêmes mais aussi et surtout sur la qualité de vie des personnes concernées : elles se sentent plus confiantes, car elles savent ce qui les attend une fois chez elles. Elles sont d'ailleurs très reconnaissantes à l'Alvad pour son travail.

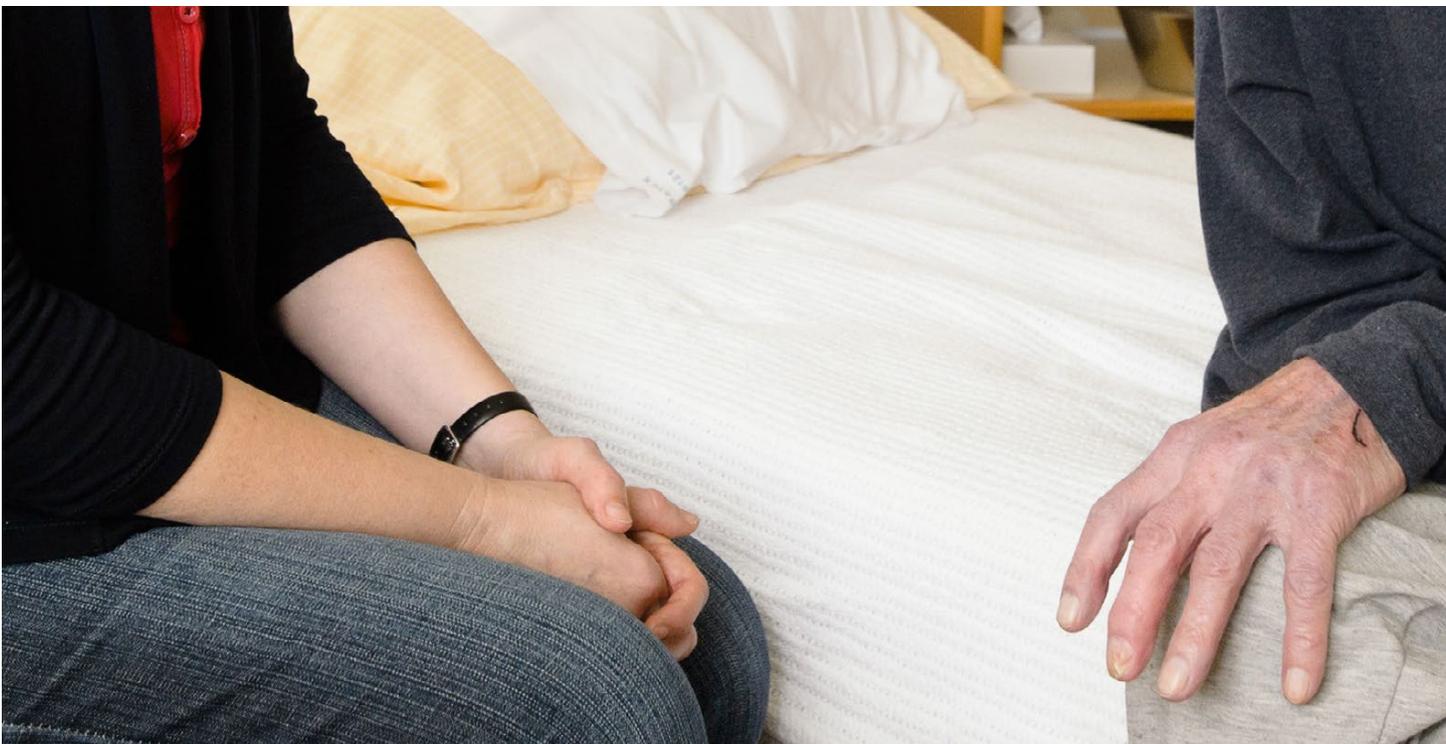
Le système est néanmoins encore perfectible. En particulier au niveau du financement : l'assurance-maladie ne payant pas le travail que les infirmiers de liaison effectuent dans les murs de l'hôpital, le canton et les communes n'accordent aucun financement résiduel. Le directeur de l'Alvad aimerait donc obtenir du canton que la planification intra-hospitalière du suivi soit à l'avenir entièrement déléguée à ses services et indemnisée en fonction des coûts effectifs, et/ou que les caisses-maladie reconnaissent aussi les prestations de coordination que son organisation fournit pendant le séjour hospitalier sachant que celles-ci permettent de faire des économies sur les coûts extra-hospitaliers.

L'essentiel en bref

- En renforçant sa collaboration avec l'hôpital régional de la ville, l'Alvad, l'association d'aide et de soins à domicile de Locarno, a réussi à améliorer l'efficacité de l'organisation des soins extra-hospitaliers.
- La liaison entre l'hôpital et la prise à charge à domicile est assurée par des infirmiers de liaison employés par l'Alvad : ils organisent les solutions de suite dans les murs de l'hôpital, en accord avec les soignants hospitaliers et les proches.
- Grâce à la coordination de la planification des sorties, les coûts extra-hospitaliers sont moins importants et le retour à domicile se passe mieux.

Lien

www.alvad.ch



Travail social hospitalier : les méthodes pour aider le patient à sortir dans de bonnes conditions

Les services sociaux hospitaliers jouent un rôle important dans la sortie d'hôpital des malades en situation complexe. En prenant le temps de bien planifier les choses, par exemple en organisant des tables rondes, ils peuvent faire en sorte que les personnes très âgées soient socialement bien entourées après leur hospitalisation.

Avec le vieillissement constant de la population, les problèmes sociaux entraînés par les hospitalisations vont globalement en augmentant. Beaucoup de personnes très âgées se retrouvent à vivre seules et isolées, et les cas complexes se multiplient. Piero Catani en sait quelque chose. En tant que vice-président de l'association suisse des services sociaux d'hôpitaux (Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern, SFSS) et responsable de la consultation sociale et de la gestion de cas au sein du groupe hospitalier Spitaler Frutigen Meiringen Interlaken AG, il est souvent amené à rencontrer des personnes très âgées et polymorbides dans son quotidien professionnel. Quotidien dont il tire un enseignement : « Lorsqu'elles entrent à l'hôpital, ces personnes ont peur qu'un chapitre de leur vie se ferme et de ne plus jamais revoir leur chez soi. C'est une chose que le personnel hospitalier doit toujours garder à l'esprit. »

Le travail social hospitalier n'est pas inscrit dans la législation fédérale. Les réglementations le concernant sont également peu nombreuses au niveau cantonal. Pourtant, comme le montre un état des lieux réalisé par la SFSS en 2013 – qui indique que les hôpitaux affectent à leurs services sociaux un poste pour 444 patients en moyenne, ceux du secteur public consacrant globalement plus de moyens que ceux du

secteur privé –, il s'est bel et bien fait une place dans la plupart des établissements. Il joue un rôle particulièrement important dans la gestion des sorties : « Une hospitalisation peut se révéler dévastatrice sur le plan social, explique Piero Catani. Les hôpitaux et le reste de la société doivent en tenir compte. Car quand on se focalise sur l'aspect médical et qu'on néglige l'aspect social, le patient revient malheureusement très vite. »

Pour expliquer comment son service social procède concrètement pour préparer les sorties d'hôpital, Piero Catani revient sur un cas : « Notre service social devait s'occuper d'un certain Monsieur G., né en 1925, admis pour une brève perte de connaissance (syncope) ainsi que des problèmes cardiaques et pulmonaires, marié à une femme de dix ans sa cadette et habitant avec elle dans une maison, ayant des enfants résidant dans le même le village, et recevant la visite des services d'aide et de soins à domicile une fois par semaine. L'équipe était chargée de conduire un entretien pour faire le point et planifier la sortie du patient. Comme elle le fait généralement, elle a donc organisé une table ronde avec toute la famille, les soignants et une représentante de l'organisation d'aide et de soins à domicile. Même le médecin traitant était là, ce qui est rare pour une réunion dans les murs de l'hôpital. Dans le cas de Monsieur G., les discussions ont porté à la fois sur les aspects médicaux et sur les soins, à savoir sur la nécessité de prévoir des moyens auxiliaires et – comme on sait que les compagnes s'investissent généralement beaucoup – des solutions pour décharger et soutenir l'épouse. La question d'un transfert en EMS a également été abordée. Mais Monsieur G. souhaitait retourner chez lui.



Notre service social a fait en sorte que cela soit possible : il a fait les démarches pour que le patient soit équipé des moyens auxiliaires nécessaires et soigné chez lui par les services d'aide et de soins à domicile. Bref, pour qu'il bénéficie d'une prise en charge globale adaptée. »

« Notre travail au sein du service social de l'hôpital englobe de nombreuses méthodes différentes », explique Piero Catani. Il y a donc les entretiens individuels avec les patients et les rencontres avec les familles, qui font partie du quotidien. À l'instar d'ailleurs du conseil (éclaircissements sur des questions financières, de droit social, etc.), qui peut aller jusqu'à la gestion de cas complète. Mais il y a aussi le travail en réseau avec les partenaires (centres de cures et de réadaptation, EMS, etc.), qui est important pour la coordination des soins et permet, selon le responsable, à la fois d'associer au mieux l'entourage du malade et d'activer ses ressources.

Au-delà de ces méthodes, l'équipe de Piero Catani a également cherché à savoir, dans le cadre de ses activités de gestion de cas, comment on pouvait prévenir les réhospitalisations liées à des facteurs sociaux. Pendant une année, les collaborateurs d'Interlaken ont collecté des chiffres pour les comparer aux données des années précédentes. Ce sont ces travaux qui leur ont permis d'établir qu'« une planification rigoureuse de la sortie d'hôpital et un accompagnement adapté du patient permettaient de faire baisser le nombre de réadmissions », puis de développer leur modèle de travail. Modèle que Piero Catani se dit aujourd'hui prêt à partager avec tous les professionnels intéressés.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie incluant l'organisation du suivi dans les forfaits par cas SwissDRG, les services sociaux hospitaliers doivent facturer leurs prestations selon une méthode de décompte forfaitaire. Le temps restant à leur disposition pour le conseil individuel, le soutien et la préparation de la sortie d'hôpital des patients est par conséquent généralement restreint. Leur intervention prend en

outre fin dès le moment où les personnes quittent les établissements. Compte tenu notamment du nombre d'affaires portées devant le Tribunal administratif fédéral sur la question, la situation pourrait toutefois changer : « La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé discute actuellement d'une reconnaissance partielle du travail social hospitalier comme prestation de service public », déclare Stefan Leutwyler, secrétaire central suppléant de la conférence. Une perspective qui pourrait effectivement changer la donne quand on sait que les prestations de service public, à savoir les prestations d'intérêt général fournies par les hôpitaux et les organisations d'aide et de soins à domicile, sont directement subventionnées par les cantons.

L'essentiel en bref

- L'évolution de la structure démographique fait que les problèmes sociaux entraînés par les hospitalisations vont en augmentant.
- Réunir tous les protagonistes autour de tables rondes est un bon moyen de prévenir les réhospitalisations.
- L'hôpital doit souvent gérer des situations financières difficiles : les malades sont nombreux à attendre d'être hospitalisés et aidés par le service social pour demander des prestations complémentaires.
- Les services sociaux hospitaliers sont financés via les forfaits par cas SwissDRG. Toutefois, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé étudie actuellement la possibilité d'une reconnaissance partielle du travail social hospitalier comme prestation de service public.

Lien

www.sfss.ch

Soins de transition (I) : exploiter le potentiel de réadaptation

À la suite d'un séjour à l'hôpital, les patients très âgés et fragiles ont souvent besoin de plus de temps avant de pouvoir retourner chez eux. Les soins aigus et de transition constituent dans ce cas le seul relais possible. Ils durent normalement deux semaines. Mais pas à Zurich, où les centres de soins sont dotés d'unités spécialisées prenant en charge une partie de la réadaptation et gardant les patients jusqu'à huit semaines.

N'après le 1er janvier 2012 et l'introduction en Suisse du nouveau financement hospitalier et des forfaits par cas Swiss-DRG, les centres de soins de la ville de Zurich (Pflegezentren der Stadt Zürich, PZZ) ont mis en place une nouvelle offre en ouvrant, sans toutefois accroître leur nombre global de lits, une unité d'accueil et de soins de transition (Abteilung für Aufnahme und Übergangspflege, AAÜP) spécifiquement destinée aux patients adressés par l'hôpital.

Les « soins aigus et de transition » sont régis par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Ils sont définis à l'art. 25a, al. 2, de la loi comme les soins « qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital ». Ils sont en outre limités par cette même disposition à deux semaines au plus. Cette réglementation est jugée insuffisante par les centres de soins de la ville de Zurich : « Les personnes âgées et fragiles ont besoin de beaucoup plus de temps pour récupérer après l'hôpital. Elles souffrent de maladies multiples et multidimensionnelles, et doivent recevoir des soins très suivis pour espérer avoir un minimum de chance de rentrer chez elles, déclare Gabriela Bieri-Brüning, médecin de ville mais aussi médecin-chef du service de gériatrie et directrice médicale des PZZ. C'est pour-

quoi nous leur proposons des soins de transition qui peuvent durer jusqu'à huit semaines, et non pas deux, et intègrent en plus de cela une composante réadaptative. Ces soins ne correspondent ni aux soins de transition prévus par la LAMal, ni à des soins de réadaptation à proprement parler. Ils se situent à mi-chemin entre les deux. »

Les PZZ, qui comptent aujourd'hui quatre unités d'accueil et de soins de transition réparties sur trois sites totalisant 87 lits, ont convenu avec les hôpitaux qui leur adressent le plus de patients de prendre en charge les personnes issues de leurs services dans un délai de 48 heures. À l'exception de celles en situation médicale instable et très complexe ayant besoin de soins palliatifs spécialisés – y c. les déments sévères –, qui sont pour leur part directement placées dans l'unité de soins de longue durée ou dans une autre institution spécialisée adaptée à leur cas pour ne pas avoir à subir d'autre transfert.

Tous les patients sont soumis dans les sept à dix premiers jours à une évaluation gériatrique interdisciplinaire. « Les hôpitaux ont un quotidien tellement mouvementé qu'ils ne peuvent souvent pas réaliser, ou alors pas avec la rigueur qui s'impose, le tri nécessaire pour décider qui dispose des ressources nécessaires à un retour à domicile, explique Gabriela Bieri-Brüning. Il arrive aussi fréquemment qu'ils n'aient pas les connaissances gériatriques requises pour le tri en question, ou que ce dernier doive être différé. » Les AAÜP effectuent donc ce tri elles-mêmes, à l'aide de tests gériatriques qui leur permettent de déterminer le potentiel de réadaptation des patients, puis de planifier sur cette base les objectifs à atteindre et les mesures thérapeutiques à mettre en place.



« Le programme thérapeutique n'est pas aussi intensif que dans une clinique de réadaptation, précise Gabriela Bieri-Brüning. C'est pourquoi nous utilisons le terme de Slow Stream Rehabilitation. » Les patients bénéficient malgré tout de quatre à six fois plus de prestations médicales et thérapeutiques qu'en service classique. Au final, ils sont presque deux tiers – et on trouve même parmi ces deux tiers des personnes atteintes de démence légère ou modérée – à pouvoir rentrer chez eux (le taux de retour à domicile est passé de 61 % en 2014 à 65 % en 2015). Ceux pour qui il faut envisager des soins de longue durée restent dans les AAÜP jusqu'à ce que celles-ci trouvent des solutions d'hébergement et de prise en charge adaptées à leurs besoins.

Il arrive aussi que certains patients doivent être renvoyés à l'hôpital, mais « ils sont bien moins nombreux que ne peuvent le laisser craindre toutes ces alertes aux sorties prématurées », souligne Gabriela Bieri-Brüning. La proportion de réadmissions dans les 18 jours que comprend un DRG est en effet passée d'environ 6 % en 2012 à moins de 4 % en 2013. Et même si ce chiffre a de nouveau légèrement augmenté depuis « en raison du nombre croissant de patients en situation complexe dont le transfert en soins de transition est finalement reporté au dernier moment », la directrice des PZZ insiste sur le fait que la structure et les processus des AAÜP font globalement leurs preuves. Tout en précisant qu'il n'est possible de procéder comme le font les PZZ que dans des institutions possédant une équipe gériatrique interdisciplinaire dirigée par un gériatre.

Le financement des soins aigus et de transition fait des insatisfaits. Les patients doivent en effet payer eux-mêmes les frais d'hôtellerie. Dans le cas des PZZ, ces frais sont de 190 francs par jour. Ce qui n'est pas dans les moyens de tout le monde, d'autant que la durée de séjour dans les AAÜP dépasse largement les 14 jours prévus par la loi. Quant aux PZZ eux-mêmes, ils perdent de l'argent avec la Slow Stream Rehabilitation : si les prestations et thérapies médicales, les médicaments et les frais de laboratoire sont couverts par la rémunération à l'acte, ce n'est pas le cas des besoins en soins supplémentaires ni des prestations de service social, que les AAÜP se retrouvent à devoir assurer à la place des hôpitaux. « Les AAÜP sont en fait financées par les recettes d'autres activités et sont responsables d'une partie du déficit que les PZZ enregistrent régulièrement, déplore la directrice. Mais c'est le prix que doit payer la ville de Zurich pour avoir une chaîne de prise en charge intégrée et offrir à tous les patients, ou presque, les mêmes chances de retrouver leur domicile. Je trouve donc que c'est de l'argent bien dépensé. »

L'essentiel en bref

- Pour les patients hospitaliers qui n'ont pas recouvré leurs fonctions après la phase aiguë, la LAMal prévoit des « soins aigus et de transition » d'une durée de 14 jours maximum.
- Les centres de soins de la ville de Zurich (PZZ) proposent des soins de transition pouvant durer jusqu'à huit semaines et intégrant une composante réadaptative. Leurs unités d'accueil et de soins de transition (AAÜP) prennent en charge tous les patients ayant encore besoin de soins après une hospitalisation.
- Pour mesurer le potentiel de réadaptation de leurs patients, les AAÜP se basent sur une évaluation gériatrique interdisciplinaire.
- Environ deux tiers des patients regagnent directement leur domicile après leur séjour dans les AAÜP. Les autres sont transférés dans des institutions de soins de longue durée. Une faible proportion est renvoyée à l'hôpital.
- Le financement des soins de transition fait beaucoup d'insatisfaits. Les patients doivent payer eux-mêmes les frais d'hébergement et de repas. Quant aux PZZ, les AAÜP leur font perdre de l'argent.

La plus grosse institution de son genre

Les centres de soins de la ville de Zurich (Pflegezentren der Stadt Zürich, PZZ) gèrent environ 1600 lits répartis sur dix sites couvrant tout le territoire communal. Ils sont la plus grosse institution de leur genre en Suisse. Leur offre comprend aussi deux structures de jour ainsi que la consultation gériatrique englobant les offres ambulatoires que sont la clinique de la mémoire d'Entlisberg et les visites à domicile SiL (pour « Sozialmedizinische individuelle Lösungen », soit littéralement « solutions médico-sociales individualisées »). Pour la prise en charge médicale des patients, les centres disposent de leurs propres médecins, dirigés par des médecins-chefs gériatres. La proportion de patients admis arrivant directement d'un hôpital de soins aigus ou d'une clinique psychiatrique était déjà de 70 % avant l'introduction des DRG. Elle est aujourd'hui de 80 %. Après avoir oscillé autour de 1200 pendant de longues années, le nombre de patients admis chaque année a littéralement explosé après l'introduction en question, passant à 1500, puis se stabilisant à 1700. Le taux de retours à domicile a, dans le même temps, considérablement augmenté.

Lien

www.stadt-zuerich.ch →Pflegezentren

Soins de transition (II) : récupérer avant de retourner chez soi

Depuis début 2016, et après une phase pilote de trois ans concluante, le canton d'Argovie propose des soins aigus et de transition aux patients hospitaliers fragiles de l'ensemble de son territoire. Toutefois, le nombre de personnes qui recourent à l'offre est encore faible.

Dans le canton d'Argovie, les règles applicables aux soins aigus et de transition (SAT) - dont le pilotage est assuré par le canton - ont été définies par le Conseil d'État sur la base de la loi cantonale sur les soins : « Les fournisseurs de prestations doivent obtenir une autorisation cantonale spécifique et soumettre pour ce faire un descriptif de leur organisation », explique Felix Bader, le chef de la section Soins de longue durée du Département de la santé et des affaires sociales du canton d'Argovie.

Avant d'entrer dans sa phase de fonctionnement normal le 1er janvier 2016, le dispositif de soins aigus et de transition du canton d'Argovie a été testé dans le cadre d'un projet pilote qui a duré trois ans (de 2012 à 2014) et auquel ont participé huit hôpitaux – hôpitaux cantonaux d'Aarau et de Baden, hôpitaux de Rheinfelden et de Laufenburg (Gesundheitszentrum Fricktal), hôpitaux de Menziken et de Leuggern (Asana Gruppe), hôpital de Zofingen et hôpital du district de Muri – ainsi que cinq institutions de soins appartenant à cinq de ces hôpitaux et trois établissements médico-sociaux situés à proximité immédiate des trois autres.

L'évaluation de ce projet pilote, dont le rapport a été publié par le Conseil d'État du canton d'Argovie à l'été 2015, a fait ressortir que le nombre de personnes utilisant les SAT est globalement assez faible : sur les trois années qu'a duré le projet, les huit sites pilotes ont à eux tous totalisé moins de 900 patients (à peu près 300 par an), ce qui correspond à

environ 7 % des personnes en incapacité de regagner directement leur domicile après un séjour hospitalier. Elle a également montré, comme le rappelle Felix Bader, que les problèmes de mobilité, de marche et d'autonomie représentent les principaux motifs de recours à ces soins. Et enfin, que la forte proportion de patients renonçant à utiliser l'offre – malgré les préconisations des équipes cliniques et des services sociaux des hôpitaux – tient aux tarifs relativement élevés pratiqués par les établissements pour la prise en charge l'assistance et l'hôtellerie.

Les SAT proposés par le canton d'Argovie se limitent à des prestations de soins et n'englobent pas de mesures de réadaptation comme on peut en trouver, par exemple, dans les unités d'accueil et de soins de transition des centres de soins de la ville de Zurich. L'évaluation a révélé que les patients qui y font appel sont majoritairement des femmes âgées de 82 ans en moyenne. Elle montre aussi, mais aussi qu'ils sont que deux tiers des patients peuvent à retrouver leur environnement habituel au terme du quitter les institutions qui les accueillent dans le délai maximal de 14 jours. Les séjours à l'hôpital de Zofingen, qui est spécialisé en gériatrie, durent 25,5 jours en moyenne. Une grande majorité des patients quittent les établissements de leur proche chef en raison d'une amélioration de leur état de santé – et non parce qu'ils n'ont pas les moyens de rester plus longtemps, ainsi que tient à le préciser Felix Bader –, et près de 70 % à se trouvent encore dans leur environnement domestique quatre semaines après la fin des soins. Concernant ce dernier chiffre, il convient toutefois de préciser qu'il n'existe aucun point de comparaison, puisqu'aucun groupe de contrôle composé de personnes qui n'auraient pas recouru à l'offre malgré un besoin en SAT identique n'a été défini.



Le Département de la santé et des affaires sociales du canton d'Argovie a conclu de ces résultats que son offre est essentiellement adaptée aux patients qui sont particulièrement fragiles, pour lesquels aucune réadaptation n'entre en ligne de compte, mais qui ont malgré tout une chance élevée de revivre chez eux après leur séjour en établissement de soins stationnaires aigus. Il conviendrait toutefois d'ajouter à cette définition du groupe cible des SAT que les patients en question doivent aussi disposer de moyens financiers suffisants.

Depuis janvier 2016 et le début de la phase de fonctionnement normal de son dispositif, le canton a dans l'idée d'ouvrir les soins aigus et de transition à des fournisseurs de prestations ambulatoires (organisations d'aide et de soins à domicile et infirmiers indépendants). Les conditions qu'il pose à l'octroi de l'autorisation correspondante sont toutefois très sévères. Les fournisseurs en question doivent en effet pouvoir garantir les mêmes prestations que les établissements stationnaires, c'est-à-dire être accessibles 24 heures sur 24, disposer d'un bon réseau et avoir des frais de coordination et d'organisation réduits. « Jusqu'ici, aucun ne nous a encore offert ses services », déclare Felix Bader.

L'essentiel en bref

- Dans le canton d'Argovie, les règles applicables aux soins aigus et de transition (SAT) ont été définies sur la base de la loi cantonale sur les soins : pour pouvoir proposer les SAT, les fournisseurs de prestations (établissements médico-sociaux, organisations d'aide et de soins à domicile, infirmiers indépendants) doivent avoir une autorisation spécifique.
- Les SAT ont été testés dans le cadre d'un projet pilote de trois ans impliquant huit institutions de soins et établissements médico-sociaux proches d'hôpitaux. Malgré des résultats concluants, il est ressorti qu'ils étaient peu utilisés. Les autorités cantonales attribuent cela aux frais d'hôtellerie relativement élevés qui sont à la charge des patients.
- Deux tiers des patients sont capables de regagner leur domicile au bout des 14 jours que peuvent durer les SAT.
- Depuis janvier 2016 et le début de la phase de fonctionnement normale du dispositif, les SAT sont aussi ouverts aux fournisseurs de prestations ambulatoires.

Lien

www.ag.ch → AÜP

Si ses hôpitaux ne possèdent pas de standards uniformes sur la manière de planifier et de coordonner la sortie d'hôpital des personnes très âgées, fragiles et atteintes d'affections multiples, la Suisse regorge de modèles très intéressants pouvant faire référence en la matière, et faisant d'ailleurs déjà leurs preuves dans la pratique. Les exemples rassemblés dans le présent rapport en sont la démonstration.

Certes, les projets exposés ne sont pas tous directement transposables à l'ensemble de nos régions de santé : le projet Amélio, par exemple, est spécifiquement ancré dans le contexte de politique sanitaire du canton de Vaud et ne pourrait pas fonctionner dans un canton alémanique ; quant aux unités de soins aigus et de transition des centres de soins de la ville de Zurich, elles ne pourraient pas exister sous la forme qui est la leur si cette ville ne s'engageait pas autant sur le plan financier pour garantir une chaîne de prise en charge intégrée.

Les modèles présentés montrent tous en revanche que les patients sont bien soignés quand les interfaces entre hôpital de soins aigus et suivi (à domicile comme en établissement médico-social) sont professionnalisées et que les ressources consacrées à leur coordination sont suffisantes. Ils révèlent en outre qu'une bonne coordination de ces interfaces fait baisser le nombre de réhospitalisations. Bref, qu'il

est dans l'intérêt de la société d'investir dans ce domaine. Comme le confirme Antoinette Conca : Il est dans notre intérêt à tous que les choses se passent bien pour les patients même après leur sortie de l'hôpital », explique cette spécialiste de l'hôpital cantonal d'Aarau, pour qui la santé englobe également le bien-être social et psychique.

Les exemples pratiques montrent tous que le financement représente un défi et qu'il pourrait faire obstacle à l'établissement et à la diffusion de tels modèles.

Stefan Leutwyler, le secrétaire central suppléant de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, plaide quant à lui avec conviction pour que les fournisseurs de prestations se rencontrent désormais plus souvent afin de rassembler.



Impressum

Référence bibliographique

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2017) :
Planifier et coordonner la sortie d'hôpital.
Résultats de l'atelier du 8 décembre 2016.
Rapport final. Berne

Auteur

Irène Dietschi, Really fine ideas GmbH

Photos

Christoph Heilig (Diaconis Palliative Care)
Walter Imhof (Palliativklinik Hospiz im Park)

Graphisme/Layout

René Meier, grafikmeier.ch

Téléchargement

www.bag.admin.ch/soins-coordonnes

Contact/Informations

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Diffusion

Cette publication peut être commandée gratuitement.
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
vente.civil@bbl.admin.ch

Numéro d'article OFSP

316.758.f



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP