Zeitschrift: Curaviva : revue spécialisée

Herausgeber: Curaviva - Association des homes et institutions sociales suisses

Band: 3 (2011)

Heft: 4: Vie et mort en EMS : accompagner jusqu'au dernier souffle

Artikel: Introduction des DRG - Des opportunités et des risques : les EMS gagneront en attractivité

Autor: Widmer, Richard

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-813870

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Introduction des DRG – Des opportunités et des risques

Les EMS gagneront en attractivité

Dès 2012, les hôpitaux de Suisse seront financés selon le système des DRG. On assistera à un transfert des prestations hors des soins aigus vers les soins de longue durée, ouvrant aux établissements médico-sociaux de nouvelles perspectives de développement. La réglementation du financement est cependant encore lacunaire.

Richard Widmer

Le 1er janvier 2012, un nouveau financement hospitalier entrera en vigueur en Suisse, dont le point essentiel est l'introduction du nouveau système tarifaire de forfaits par cas, les «Swiss-DRG» (lire l'encadré). Le sigle DRG signifie «diagnosis related groups», traduit par «groupes homogènes de malades» en français. L'introduction des forfaits par cas aura des répercussions sur l'offre de soins de santé. Les EMS sont aussi concernés.

Un détour par la littérature spécialisée à propos de l'impact des DRG dans les pays qui fonctionnent déjà selon ce système montre que les résultats ne sont pas si inquiétants. En particulier, rien ne justifie les craintes relatives à des sorties prématurées des hôpitaux («bloody exits») ou à une augmentation des réadmissions. En revanche, on peut s'attendre avec quasi-certitude à une diminution de la durée de séjour hospitalier, d'une part, et au déplacement des prestations hors du domaine des soins aigus stationnaires d'autre part.

A ce stade, il faut noter que la durée des séjours hospitaliers n'a cessé de diminuer durant ces dernières années dans pratiquement tous les pays (avec ou sans DRG), en raison des développements techniques et pharmacologiques. Ainsi, la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de Suisse a passé de 9,5 jours en 2000 à 7,7 jours en 2008. L'introduction des forfaits par cas devrait encore accélérer cette tendance. Le déplacement des prestations de soins hors du domaine des soins aigus stationnaires peut se faire soit vers le secteur des soins ambulatoires, soit vers celui des soins post-aigus (réhabilitation, EMS, soins à domicile). Mais là encore, ce mouvement n'est pas une conséquence de l'introduction des DRG ; il est simplement renforcé par la pratique des forfaits par cas.

Les critiques généralement formulées à l'égard des DRG sont plutôt d'ordre éthique : certains craignent plus particulièrement une «économisation» unilatérale du système de santé, au détriment des intérêts des patients et des personnes travaillant dans le domaine médical et dans les soins.

Certains craignent une «économisation» unilatérale du système de santé.

Les incidences pour les EMS

Le nouveau financement des hôpitaux peut avoir des incidences directes sur les établissements médico-sociaux, dont les résidents proviennent d'un «environnement DRG», c'est-à-dire en règle générale des hôpitaux de soins aigus. A l'avenir, ils intégreront ou réintégreront les EMS encore plus rapidement. Un autre aspect dont il faut tenir compte est celui de la complexité et de l'hétérogénéité des patients gériatriques. A ce propos, on ne peut pas exclure l'insuffisance des diagnostics établis dans les hôpitaux de soins aigus, avec le risque de ne pas saisir tout le potentiel de réhabilitation des patients âgés.

Les répercussions concrètes de ces tendances sont :

- Des diagnostics insuffisants des résidents qui entrent en EMS.
- Le manque de temps dans les hôpitaux pour préparer la sortie (entretiens avec les proches, avec l'EMS de destination, avec les soins à domicile ...).

>>

«L'impact des DRG dans les pays qui fonctionnent déjà selon ce système montre que les résultats ne sont pas si inquiétants.»

Richard Widmer, consultant

Photo: màd

- Le transfert de plus en plus fréquent des prestations post-aiguës aux EMS (réhabilitation, gestes médico-techniques, soins post-aigus).
- Les soins palliatifs et les soins terminaux – impliquant des entretiens interdisciplinaires qui demandent du temps – incombent aux EMS.

L'introduction des forfaits par cas dans les hôpitaux offre aux EMS quelques opportunités. Ainsi, les résidents entrent plus tôt en EMS. Avec les forfaits journaliers actuels, les hôpitaux ont un intérêt financier à retarder la sortie plus que nécessaire. L'application des DRG va mettre un terme à cette pratique. C'est une bonne chose qui va dans l'intérêt des EMS. Les homes «réclament» fréquemment leurs résidents aux hôpitaux pour qu'ils reviennent le plus rapidement possible, surtout pour des réadmissions après un séjour en soins aigus. Les EMS doivent eux aussi occuper leurs lits – déjà pour des raisons économiques. Quant aux résidents, ils ont eux aussi envie d'un retour rapide en EMS, leur chez-soi.

Position plus attractive

Les EMS gagnent donc en importance aux yeux des hôpitaux de soins aigus. Tous ont intérêt à ce que leurs patients âgés puissent être transférés en EMS rapidement et dans de bonnes conditions. Rapidement, afin de pouvoir libérer un lit d'hôpital pour un nouveau cas. Et dans de bonnes conditions, pour éviter les réhospitalisations.

Les EMS se ménagent ainsi également de nouveaux champs d'interventions. Il est question dans la LAMal des soins aigus et de transition. Ils sont mis en œuvre à la suite d'un séjour hospitalier et durent 14 jours au maximum. Les soins aigus et de transition sont destinés aux patients dont les besoins en soins ont été évalués, qui ont été traités et qui sont stables mais qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas encore rentrer à la maison.

En outre, on peut s'attendre à ce qu'un nombre croissant de patients requérant des soins palliatifs complexes ou en phase terminale soient déplacés hors des hôpitaux de soins aigus. Pour faire face à ces situations, plusieurs EMS se sont d'ailleurs déjà réorganisés en centres de soins avec une offre relativement large en matière de prestations médicales, thérapeutiques et réhabilitatoires. Ces centres disposent d'unités spéciales avec un taux d'entrées et de sorties par lit beaucoup plus élevé que dans les homes traditionnels. La plupart des patients et résidents quittent cette unité pour retourner chez eux ou pour s'installer dans un EMS «normal».

Les EMS se ménagent ainsi de nouveaux champs d'interventions.

Les EMS devraient donc connaître un gain d'attractivité et devenir des partenaires importants, également pour les autorités cantonales, en matière d'offre de soins de santé. Les EMS – et surtout les plus grands centres de soins – seront sans doute les plus disposés et les mieux placés pour développer de nouveaux secteurs d'activité. Cette perspective devrait généralement conduire à une mise en valeur des EMS, leur donnant plus de pouvoir dans les négociations avec les financeurs (caisses maladie et cantons/communes) et favorisant leur attractivité sur le marché du travail.

Comme déjà évoqué plus haut, il est possible que les patients âgés soient insuffisamment diagnostiqués dans les hôpitaux de soins aigus. Ces patients seront certes bien soignés en médecine aiguë. Mais il est à craindre que certaines maladies ne soient pas identifiées et que le potentiel de réhabilitation existant ne soit pas exploité. Par conséquent, ils entrent en EMS avec un examen médical incomplet et en moins bonne santé, ce qui pèse sur les soins et l'accompagnement et porte préjudice à la qualité de vie des résidents.

Il y a également le cas de patients qui entrent en EMS prématurément. En effet, sous la pression du temps et des contraintes financières, le risque de placement précipité en EMS existe, sans avoir procédé à un examen médical complet et sans clarification préalable de la situation sociale du patient.

Les EMS pourraient se réorganiser en centres de soins avec une offre de prestations plus large.

Photo: Robert Hansen

Financement insuffisant

L'insuffisance du financement des soins aigus et de transition ainsi que de l'offre de soins post-aigus constitue un autre risque. Avec les formes de financement qui ont cours aujourd'hui, les prestations qui passent des hôpitaux de soins aigus au secteur des soins de longue durée ne sont pas couvertes financièrement. Ainsi, la limitation à 14 jours des soins aigus et de transition pour les patients âgés est un non-sens.

Toujours au chapitre des finances, les frais socio-hôteliers sont un autre problème, puisque souvent ils ne sont pas pris en charge dans les cas où un retour à domicile est encore possible. Ces coûts ne peuvent pas être assumés par le résident puisqu'ils sont généralement générés à double – dans l'institution et à la maison. En outre, les coûts inhérents à la prise en charge de nouvelles prestations de plus longue durée ne sont pas pris en compte par les instruments d'évaluation des soins : retour à domicile sans objectif thérapeutique, tels que soins palliatifs, soins terminaux. En l'absence de financement adapté, il est probable que les institutions de soins ne seront pas en mesure de fournir ces prestations, pourtant pertinentes et attendues.

Alors que les ressources en personnel sont déjà tendues, l'évolution démographique posera problème à moyen et long terme pour le recrutement de soignants qualifiés. La complexité croissante engendrée par le transfert entre l'hôpital de soins aigus vers l'EMS exigera de surcroît une dotation plus élevée en professionnels qualifiés dans le domaine médical et dans les soins. Voilà de quoi ajouter encore aux difficultés de recrutement.

Formations insuffisantes

De plus, les formations actuelles ne tiennent pas suffisamment compte de ce déplacement croissant des activités médicales, des soins et de l'accompagnement vers le secteur des soins de longue durée. Seule un minorité d'acteurs du secteur est consciente que plus de la moitié des places de travail dans les soins seront proposées dans les soins de longue durée (EMS et soins à domicile). Les cours sur les soins aigus dominent cependant encore toujours dans les dispositifs de formation. Quant aux médecins en cabinet, dans les hôpitaux et dans les homes, ils sont eux aussi

DRG – Opportunités et risques pour les institutions médico-sociales

Opportunités	Risques
Les résidents arrivent plus tôt – Recettes plus élevées grâce à un meilleur taux d'occupation. – Les résidents reviennent plus rapidement au « bon » endroit.	Le diagnostic des patients âgés en hôpital de soins aigus est insuffisant – Les maladies ne sont pas identifiées. – Tout le potentiel existant de réhabilitation n'est pas exploité.
Les EMS gagnent en importance aux yeux des hôpitaux de soins aigus – Les hôpitaux de soins aigus sont intéressés à pouvoir transférer les patients dans de bonnes conditions le plus vite possible (diminuer le nombre de réadmissions).	Les résidents arrivent trop tôt – Les résidents sont instables et pas complètement traités, la dimension sociale fait défaut. – La dotation en personnel (skill & grade mix) n'est pas adaptée. – Les tarifs de soins (recettes) sont trop bas. – Les autres résidents sont délaissés.
Nouveau marché : des soins aigus et de transition à l'hôpital « light » – Les EMS intéressés peuvent développer de nouveaux champs d'interventions.	Le financement des soins aigus et de transition ainsi que des soins post-aigus est/demeure insuffisant – De nouvelles offres de prestations font défaut. – Les traitements, les soins et l'accompagnement ne sont pas suffisants.
Gain d'attractivité – Les EMS gagnent en importance dans la chaine des soins (partenaires importants pour les hôpitaux de soins aigus). – Les EMS sont plus actifs dans les soins post-aigus. – Valorisation générale de l'image de l'EMS. – Meilleure attractivité sur le marché du travail.	Ressources en personnel insuffisantes La complexité croissante de la médecine et des soins gériatriques requiert de plus en plus : – de médecins spécialisés en gériatrie – de soignants avec des qualifications dans le domaine de la gériatrie. Le nombre de ces professionnels qualifiés est encore insuffisant.

>>

Schulthess-Wet-Clean: le procédé de lavage très doux pour tous les textiles

Wet-Clean de Schulthess lave tous les textiles au cours d'un processus de lavage extrêmement délicat avec de l'eau et des lessives liquides respectueuses de l'environnement. Duvets, oreillers, rideaux, linge difficile d'entretien, uniformes ou chiffons microfibres: les produits de laverie Schulthess sont des produits de premier choix pour les institutions et les hôtels qui les utilisent. Contactez-nous!

Schulthess Maschinen SA
8633 Wolfhausen, info@schulthess.ch
Tél. 0844 880 880, www.schulthess.ch

Swissmade

SCHULTHESS
La lessive: Le savoir-faire

DÉCOUVREZ NOTRE UNIVERS DÉDIÉ AUX ACHATS ET NOTRE SUPER SERVICE.
OU POURQUOI VOUS GAGNEZ DE TOUTE MANIÈRE AVEC SCANA.
Bienvenue au stand Igeho de la halle 1.1.
Ou sur le nouveau site Internet www.scana.ch
Votre vrai partenaire en gastronomie
Scana

de plus en plus confrontés à des situations gériatriques complexes, pour lesquelles ils sont souvent mal préparés.

Comment réagir ?

Pour les EMS, les mesures suivantes s'imposent :

■ Améliorer la collaboration avec les hôpitaux de soins aigus. Afin de mieux organiser le transfert entre l'hôpital et l'EMS, une collaboration plus étroite avec les hôpitaux de soins aigus est nécessaire. Cette collaboration devrait être institutionnalisée, par exemple sous la forme d'entretiens réguliers. Les procédures de transmission sont élaborées d'un commun accord. Priorité est donnée à la qualité de l'information, complète et en temps voulu, à celle des documents de sortie et de l'échéancier. Les EMS doivent s'impliquer activement dans cette procédure et mettre à disposition les ressources nécessaires pour ce faire. On pourrait même imaginer des journées communes de formation continue interdisciplinaire, réunissant des soignants, des médecins des hôpitaux et des EMS, ainsi que des représentants des services sociaux autour de thèmes gériatriques.

■ Examiner la différenciation de l'offre. Les EMS ont l'obligation de repenser leur palette de prestations s'ils veulent pouvoir se positionner clairement dans un environnement institutionnel en mutation. Il s'agit ainsi de se poser la question de la spécialisation ou de la diversification. Doit-on conserver le modèle traditionnel de l'EMS? Doit-on se spécialiser dans un secteur? Est-il judicieux et possible d'ajouter de nouvelles prestations? Les éléments clés qui doivent guider ici la réflexion sont: soins aigus et de transition, offre de prestations médicales, thérapeutiques et réhabilitatoires, réhabilitation gériatrique de longue durée, unité spécialisée pour les personnes souffrant de démences, unité spécialisée de soins palliatifs.

Une collaboration plus étroite entre hôpitaux et EMS est nécessaire.

■ Adaptation de l'organisation. Les EMS doivent revoir leur organisation et l'adapter à la nouvelle situation. Il est indispensable que les directions et les cadres supérieurs empoignent sérieusement les questions évoquées dans cet article.

■ Profil haut. Les homes devraient saisir l'opportunité du moment pour mettre en valeur leurs atouts. Avec les développements qui se dessinent, les EMS vont encore gagner en importance dans la chaîne des soins gériatriques. Cela nécessite une confiance nouvelle. ●

L'auteur: Richard Widmer est consultant au service des entreprises, associations et pouvoirs publics en matière de santé. Il préside également l'Association bâloise des EMS. Mandaté par le Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse, Richard Widmer a réalisé une étude sur les répercussions du nouveau financement hospitalier sur les EMS. L'étude est disponible sur www.curaviva.ch › Informations › Etudes.

Texte traduit et adapté de l'allemand.

Personnes âgées et nouveaux-nés: le calcul des forfaits par cas

«SwissDRG» concerne la plupart des prestations stationnaires fournies par les hôpitaux de soins aigus. Le système des forfaits par cas SwissDRG classe les patients traités en séjour hospitalier selon des groupes de cas médicalement et économiquement homogènes. La répartition se fait selon des critères précis, qui se rapportent au moment de la sortie de l'hôpital – c'est-à-dire après le traitement – et qui tiennent compte du diagnostic principal, des diagnostics complémentaires, du CHOP (la classification suisse des interventions chirurgicales) et d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe et le degré de sévérité.

Avec l'introduction des DRG, les groupes homogènes de malades, chaque groupe de cas est associé à un facteur de pondération des coûts, déterminé de façon empirique. Ce coût relatif (cost-weight) correspond au coût moyen de traitement du groupe de cas considéré. Par définition, le coût relatif 1.0 se rapporte à la moyenne des coûts de tous les cas. Dans la version 5.1 des «SwissDRG», par exemple, le cost-weight pour un nouveau-né en bonne santé est de 0,322. En d'autres termes, un nouveau-né en bonne santé n'occasionne en moyenne que 32,2 % du coût moyen d'un séjour hospitalier. En revanche, le coût relatif d'un traitement complexe en vue d'une réhabilitation gériatrique précoce se situe bien plus haut, à 2,398. Cela veut dire que le coût moyen d'un tel traitement est grosso modo 2,4 fois plus élevé que le coût moyen de tous les cas.

Prix de base x coût relatif

La notion de «baserate» ou prix de base détermine la rémunération d'un cas hospitalisé dans le système DRG présentant un coût relatif de 1,0. Le montant rémunéré pour un cas particulier se calcule de la manière suivante : baserate de l'hôpital x coût relatif du cas. La LAMal stipule que le baserate est déterminé par les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations) au niveau cantonal. Actuellement, ces prix de base se situent entre 8'000 et 10'000 francs. Les écarts s'expliquent par les structures de coûts différentes des hôpitaux. On part ainsi du principe que pour le traitement d'un même cas, les coûts des hôpitaux universitaires sont plus élevés que ceux des hôpitaux régionaux.

La durée moyenne de séjour ainsi que les limites inférieures et supérieures de la durée de séjour sont également prises en compte dans le calcul de chacun des groupes de cas. Les cas dont la durée de séjour se situe entre les limites sont qualifiés de «normal» et sont rémunérés selon le coût relatif fixé. Les cas dont la durée de séjour est en-dessous de la limite inférieure (low-outlier) bénéficient d'une réduction. Et au contraire, les cas dont la durée de séjour se situe au-delà de la limite supérieure (high-outlier) font l'objet d'un supplément.

Pour toute réadmission qui intervient dans les 18 jours après la sortie pour la même pathologie ou pour une complication, les deux séjours sont généralement regroupés et rémunérés comme un seul cas. (rw)