

UNE PERSPECTIVE
INTERDISCIPLINAIRE POUR
LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE
ET THÉRAPEUTIQUE DANS LES EMS



IMPRESSUM

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs:

Dr. Eliane Pfister-Lipp, collaboratrice scientifique auprès de l'institut
Neumünster

Copyright photo de couverture: iStock Photo

Layout: CURAVIVA Suisse

Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine.
Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

1.	Résumé	4
2.	La prise en charge médicale et thérapeutique dans les EMS	4
2.1.	Relation d'emploi	5
2.2.	Cabinet indépendant	5
2.3.	Location d'espaces	5
2.4.	Recours à des prestations externes	5
2.5.	Services de consultance et de liaison	6
2.6.	Télé médecine	6
3.	Les défis	6
4.	Conclusions et perspectives d'avenir	7

1. Résumé

En Suisse, la prise en charge médicale et thérapeutique au sein des EMS est diversement organisée. Les modèles existants vont de l'engagement de personnel spécialisé au recours à des prestations externes. Ici, le défi réside dans la collaboration interdisciplinaire pour le bien des résidentes et résidents. Mais au-delà du défi, l'interdisciplinarité est aussi une des conditions permettant de répondre aux exigences de la prise en charge médicale et thérapeutique. Pour y parvenir, les prestataires de soins, les directions d'établissements et les pouvoirs politiques ont le devoir de stimuler la prise de conscience interdisciplinaire et de la favoriser en aménageant les structures adéquates

2. La prise en charge médicale et thérapeutique dans les EMS

En Suisse, la prise en charge médicale et thérapeutique des résidentes en EMS se décline en différentes offres : les soins médicaux prodigués par les médecins de famille et les médecins d'EMS, les gérontopsychiatres, les dentistes et les autres spécialistes ; les soins thérapeutiques dispensés par les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les gérontopsychologues ; les autres soins fournis par les pharmaciens, les services d'animation, la musicothérapie, l'accompagnement spirituel ou la podologie. Rares sont les établissements qui proposent l'ensemble de ces prestations dans leur offre de base, mais toutes peuvent être sollicitées au besoin. Les standards éthiques en matière de soins constituent le cadre indispensable pour la prise en charge des personnes âgées en EMS. L'objectif de ces offres est de pouvoir proposer aux résidents le meilleur des soins et de l'accompagnement, dans le respect de leur dignité et de leur autonomie.

Les différents prestataires de soins coordonnent leurs interventions et collaborent en interdisciplinarité pour le bien des résidents. Les soignants, les accompagnants et les proches ou représentants légaux occupent une fonction-clé, car ils sont en contact étroit avec les résidents, même quotidiennement en ce qui concerne les soignants. Les médecins assument eux aussi un rôle central puisqu'il leur incombe de prescrire de façon purement formelle certaines prestations médicales et thérapeutiques. Selon le canton, l'institution et la taille de l'établissement, la fourniture de prestations est diversement réglée. Les établissements peuvent proposer différentes prestations de soins selon divers modèles.

Les soins médicaux de base d'un EMS sont assurés par un médecin d'EMS, par les médecins de familles des résidents ou par une combinaison des deux. Les médecins d'EMS peuvent être engagés par l'établissement sur la base d'un contrat de travail ou d'un mandat de collaboration. Ils peuvent aussi installer leur propre cabinet dans les locaux de l'établissement. Les médecins de famille ont leur propre cabinet. Pour la plupart, ils suivent les résidentes depuis plusieurs années et continuent de les soigner même après leur entrée en EMS. De nombreux établissements connaissent un système mixte, dans lequel certains résidents ont recours aux services du médecin d'EMS tandis que d'autres consultent leur médecin traitant habituel. Les résidents des EMS sont autorisés par la loi (art. 386 CC) à choisir librement leur médecin, à moins que de justes motifs ne s'y opposent – cas d'urgence ou distance géographique.

Les EMS s'appuient sur différents modèles pour proposer des soins médicaux (spécialisés), thérapeutiques et autres aux résidentes. Le choix du modèle dépend généralement de la taille, de la situation géographique, de la mission médico-sociale et des besoins (p.ex. démence, réhabilitation, maladies psychiatriques) ainsi que d'autres facteurs économiques et politiques.

2.1 Relation d'emploi

Les EMS peuvent engager leurs propres médecins et thérapeutes, comme par exemple un physiothérapeute ou une podologue. L'avantage de ce modèle est de disposer des prestations en question directement sur place et en temps voulu, et de pouvoir bien intégrer ces professionnels dans le quotidien des soins et de l'accompagnement. Toutefois, seuls les plus grands établissements, disposant d'un nombre élevé de lits, et par conséquent d'une forte demande en prestations de soins, peuvent généralement financer ce modèle comportant la plupart des prestations de services.

2.2 Cabinet indépendant

Les EMS peuvent exploiter un ou plusieurs cabinets (de groupe) indépendants. En assumant eux-mêmes – ou leur organisation responsable – le risque économique, ils peuvent proposer des conditions d'engagement attractives, par exemple des temps partiels à des médecins et à des thérapeutes. Ici aussi, l'avantage du modèle est de disposer des prestations directement sur place et en temps voulu, et de pouvoir bien intégrer ces professionnels dans le quotidien des soins et de l'accompagnement. Un tel cabinet peut également proposer ses services à d'autres patients et institutions. Là encore, le modèle convient davantage aux grandes institutions de soins qui sont bien situées et dotées de l'infrastructure adéquate.

2.3 Location d'espaces

Les EMS ont aussi la possibilité de louer leurs locaux à des prestataires, comme par exemple une ergothérapeute et, le cas échéant, de passer avec eux une convention de prestations. Dès lors, ces professionnels travaillent pour leur propre compte et peuvent proposer leurs services non seulement à l'EMS concerné, mais également à des patients externes ou à d'autres institutions et EMS avoisinants.

Avec ce modèle, l'EMS a l'avantage de ne pas devoir supporter le risque économique, tout en bénéficiant de services de proximité et immédiats. Pour sa part, le prestataire peut s'offrir un cadre de travail attractif et professionnel avec une clientèle variée. Il a également la possibilité d'être bien intégré dans l'équipe des soins et de l'accompagnement.

2.4 Recours à des prestations externes

De nombreux EMS n'ont pas la taille suffisante pour engager du personnel fixe pour les soins médicaux et thérapeutiques ou pour louer des espaces. Dans ce cas, ils font appel à des professionnels externes, indépendants ou engagés ailleurs, pour assurer les prestations dont ils ont besoin. Dans certaines régions, des équipes mobiles peuvent être également sollicitées

pour des prestations de soins particulières, comme la gérontopsychiatrie par exemple. Pour l'EMS, le recours ponctuel à des prestations externes est intéressant dans la mesure où il utilise les prestations en fonction des besoins, sans avoir à supporter le financement des prestations de réserve. Toutefois, la difficulté est d'intégrer les prestataires externes de telle façon que la collaboration interdisciplinaire puisse se développer. L'établissement doit créer les structures appropriées à cet effet.

2.5 Services de conseil et de liaison

Les services de conseil interviennent à la demande du médecin de l'EMS ou du médecin de famille concerné et sont pour la plupart assurés par du personnel médical externe, comme par exemple des gériatres ou des psychiatres. Ils sont associés au traitement de façon ponctuelle et à titre de conseil ou peuvent assumer le traitement spécifique d'un résident. Outre les services de conseil médical, il est également possible de requérir les services de conseil pharmaceutique pour des conseils et un soutien en matière de gestion des médicaments. Dans le domaine de la psychiatrie, il est aussi question des services de liaison assurés par des professionnels qui s'entretiennent avec l'équipe des soins et proposent des mesures.

2.6 Télémédecine

Certaines institutions proposent également des services de conseil via Internet. Cela permet aux EMS d'obtenir rapidement des informations importantes, dans les moments où il n'y a pas de contact personnel sur place.

Les prestations médicales et thérapeutiques à l'intention des résidents en EMS sont en principe – donc avec des exceptions – prises en charge par les caisses-maladie. Toutes les prestations non médicales, par exemple celles des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, mais aussi la gérontopsychologie, doivent être prescrites ou déléguées par un médecin pour que les caisses-maladie couvrent les coûts. Mais il y a également des prestations qui ne sont pas entièrement couvertes, voire pas du tout, par les assureurs. C'est le cas, par exemple, du temps de déplacement des thérapeutes venant de l'extérieur ou du temps pour les entretiens et les colloques d'équipes.

Pour être complets, relevons encore les prestations soignantes qui sont prises en charge par les caisses-maladie, les pouvoirs publics et par le résident lui-même pour une petite part. Le résident doit assumer entièrement les coûts socio-hôtelières.

3. Les défis

Les soins médicaux et thérapeutiques en EMS sont confrontés à de nombreux défis, dont quelques uns sont évoqués ci-dessous.

En Suisse, l'allongement de l'espérance de vie des individus et les continus progrès de la médecine permettent certes de passer davantage d'années en bonne santé, mais conduisent aussi à une augmentation de la fragilité, de la multimorbidité, de la démence et des maladies chroniques à un quatrième âge très avancé. Le système de santé, les EMS et les fournisseurs de prestations doivent *se préparer à une complexité croissante des situations et à des soins et un accompagnement de plus en plus spécialisés* (par exemple pour les maladies cognitives qui se multiplient, pour les maladies psychiatriques et les soins palliatifs).

La structure actuelle du corps médical, avec une formation continue en médecine générale dans le secteur ambulatoire et, par conséquent, *une disponibilité moindre des médecins de famille et médecins d'EMS*, est un autre défi pour les soins médicaux en EMS. En chiffres absolus, le nombre de ces médecins augmente effectivement, mais une grande partie d'entre eux est proche de l'âge de la retraite et la relève ne suffit pas à compenser la réduction de l'offre. En outre, la relève se féminise. Selon les statistiques de la FMH de 2014, les femmes médecins actives dans le domaine ambulatoire travaillent plus souvent à temps partiel que leur collègues masculins. Les femmes travaillent aussi plus volontiers dans un cabinet communautaire (centralisé) que les hommes, plus nombreux à exercer dans un cabinet individuel (décentralisé). Les cabinets individuels, dont les médecins suivent également des résidents d'EMS, ont de plus en plus de difficulté à trouver des successeurs. Les cabinets de groupe, gérés par de grands EMS pour plusieurs institutions, peuvent être une solution.

Avec des coûts de la santé et des soins de longue durée¹ qui augmentent constamment depuis des années, le secteur des EMS est lui aussi contraint à la transparence des prestations et des coûts et à la mise en place de mesures destinées à contenir cette hausse continue – comme par exemple les conventions tarifaires.

La **collaboration interdisciplinaire** entre les différents prestataires de soins constitue également un enjeu de taille. De nombreux métiers et professionnels participent aux soins, aux traitements et à l'accompagnement des résidentes. Ils travaillent tous différemment mais poursuivent tous le même but : assurer le bien-être du patient. L'action commune pour atteindre ce but donne corps, justement, à la collaboration interdisciplinaire. Outre une prise de conscience, ce travail interdisciplinaire a également besoin de structures et de ressources appropriées dans l'EMS pour être effectivement mis en œuvre et pour évoluer. De telles structures sont par exemple des rapports communs, des discussions de cas interdisciplinaires, des entretiens communs avec les proches ou un dossier informatisé du patient partagé.

Ce qui importe avant tout, c'est que la bonne collaboration interdisciplinaire ne reste pas simplement un défi mais qu'elle traduise une approche conséquente et intégrée qui assure le futur des soins médicaux et thérapeutiques en EMS. Des objectifs communs doivent être définis dans la perspective du bien-être global des résidents, dans le respect de leur autonomie et de leurs divers besoins, sans trop ni trop peu de soins.

¹ Office fédéral de la statistique, Coûts et financement du système de santé, coûts par fournisseurs de biens et services, TA 14.5.2.1, 2012.

4. Conclusions et perspectives d'avenir

Pour que les différents professionnels et fournisseurs de prestations puissent collaborer en interdisciplinarité pour le bien du résident, des structures adaptées sont nécessaires, qui intègrent bien, justement, mais pas seulement, les prestataires externes. Les obstacles doivent être identifiés et écartés. Ainsi, par exemple, si la collaboration interdisciplinaire prévoit la rédaction commune de rapports mais que les temps et les frais de déplacements ne sont que partiellement ou pas du tout indemnisés, les conditions-cadres ne seront pas très favorables.

Les prestataires de services eux-mêmes sont responsables de mettre leurs objectifs et leurs pratiques au service de l'interdisciplinarité. Cela concerne aussi tout particulièrement les directrices et directeurs d'établissement qui disposent de la marge de manœuvre nécessaire pour fixer les bonnes priorités dans leur propre maison et créer les conditions-cadres adéquates. La direction doit clairement s'engager en faveur d'une prise en charge interdisciplinaire orientée vers le bien-être du résident et privilégier une culture de la prise de décision éthique. Concrètement, la direction peut par exemple créer des espaces réservés aux professionnels des soins, des traitements médicaux et de l'accompagnement pour les échanges d'informations et d'observations concernant les résidents. Elle peut aussi proposer des formations continues ciblées – par exemple une formation à la prise de décision éthique. Elle peut encore chercher des solutions administratives pour faciliter le travail commun, pour supprimer les hiérarchies existantes et écarter les conflits de rôles, et pour financer par ses propres moyens ou par l'apport de fonds tiers les éventuels coûts qui ne sont pas ou pas suffisamment couverts.

De prime abord, et vu la marge de manœuvre entrepreneuriale relativement étroite des EMS, la création de telles conditions-cadres peut paraître plutôt ardue. C'est justement pour cela que les efforts doivent se fonder sur la conviction qu'une « coopération en temps opportun » est profitable à long terme, d'un point de vue tant éthique qu'économique. Ainsi, le recours à un conseil pharmaceutique permettant de décharger les soignants et d'améliorer la sécurité thérapeutique, ou la formation préalable de professionnels capables d'identifier suffisamment tôt les souffrances psychiques des résidents, peuvent non seulement contribuer à la qualité des soins et de l'accompagnement, mais également éviter des conséquences financières importantes.

Cette même conviction devrait également guider les instances politiques qui portent une grande responsabilité. Ce sont elles, en effet, qui déterminent les principales conditions-cadres en matière de financement, de tarification, d'autorisation, de critères de qualité, de procédures d'indemnisation, de prescription médicale et bien d'autres réglementations encore, avec lesquelles les EMS doivent fonctionner. Aujourd'hui par exemple, divers agents financeurs (assurances, communes, cantons et ménages privés) participent au financement du séjour en EMS et aux soins médicaux et thérapeutiques. Une simplification permettrait de supprimer les con-

flits de rôles et de favoriser la constitution d'une chaîne des soins et de l'accompagnement moins fragmentée et plus globale. Certains modèles de tarification, certaines contraintes et certaines exigences requièrent des systèmes de contrôle et des tâches administratives coûtant beaucoup d'argent qui pourrait être investi – plus efficacement peut-être – de façon à consacrer davantage de temps auprès des résidentes et résidents. Il est du ressort des EMS et des associations d'EMS d'intervenir avec davantage de force auprès des instances politiques compétentes pour concevoir des conditions-cadres pertinentes.

Juin 2015