

Attentes des institutions médico-sociales vis-à-vis des hôpitaux

Congrès H+ 3.11.2011

Neil Ankers

1. L'EMS: carte d'identité à destination de l'hôpital
2. L'attente actuelle: fluidité des transferts
3. Demain: quels changements? Quelles opportunités?



L'EMS: carte d'identité vis-à-vis de l'hôpital



Mission: Lieu de (fin de) vie
Soins de longue durée
Longs séjours (2 ans & 9 mois)

Diversité de l'offre
Enracinement dans société civile

Fluidité de l'entrée:

- Anticipation (psychologique, sociale, administrative...)
- Documentation du transfert

56.4 lit
50 EPT
1 médecins répondant à 20%
30 Soignants dont
10 Infirmier-e-s
10 Aides qualifié-e-s
10 non qualifié-e-s

Technicité des soins limitées.

Peu de soins post aigus, de réhabilitation et traitements médicaux

Fondation privée
Sans but lucratif
Pas de garantie de déficit

Taux d'occupation minimal 98%

Pas de financement prévu pour impayés

Financement soins circonscrits à l'OPAS:

Assureurs: 9 forfaits journaliers selon soins requis. Max = 3h de soins par jour.

Résidants: Jusqu'à 20% du forfait correspondant

Cantons = financement résiduel.

serdaly & ankers

accompagner l'entreprise sociale et l'action publique

Financement de l'EMS

Depuis le 1.1.2011. Exemple fictif.

Coûts

Soins = 120.-

Socio-hôteliers
= 180.-

Recettes

Soins:

- Forfait LAMal = 63.-
- Résidant = entre 0.- et 21.60
- Canton = entre 57.- et 35.40

Prix de pension:

- Résidant et/ou Prestations complémentaires: 180.-

Attente actuelle: fluidité des transferts

Les préoccupations de l'EMS :

- A très court terme :
 - La continuité des soins
- A court terme :
 - Organiser la solvabilité du résident
- Bien-être du résident :
 - Adapter globalement l'accompagnement proposé
 - Interfacer ceci avec ses proches

Concrètement

- Etre prévenu à l'avance
- Disposer de toutes les informations utiles...
 - au sein d'un document-type (ex. DMST vaudois)
 - en format électronique et interfacé (cybersanté):
 - informations administratives
 - liste de contacts (intervenants, famille et proches, représentant thérapeutique + directives anticipées)
 - niveau d'autonomie
 - bilan de santé, y c. psychique, allergies, etc
 - informations pour le jour du transfert (médicaments).
- Pouvoir contacter un médecin AU COURANT DE LA SITUATION en cas de besoin
- En plus, si 1^{ère} entrée en EMS après long séjour hospitalier...
 - Initiation des démarches administratives à l'hôpital
 - Bientraitance dans les unités d'attentes (lunettes, appareils auditifs, dentiers adaptés, absence d'escarre, médication et animation adaptées, ...).

Les DRG: quels impacts?¹

¹: Source: Richard Widmer, «Conséquences de l'introduction des DRG pour les homes médicalisés», Curaviva, juin 2011

Swiss DRG = soins aigus

Résidents adressés par cliniques de réhabilitation, psychiatriques, institutions de soins transitoires et patients privés: pas d'incidence.

- ⇒Entrées en provenance d'un environnement DRG environ 25-30%.

Impacts?

Dans 10 cantons, certains hôpitaux pratiquent déjà les APDRG: Pas de constats particuliers au sein des EMS

Réadmission sous 18 jours = même forfait

- ⇒ Peu de «bloody exits» à prévoir

Avérés: accélère...

- ...la diminution de la durée de séjour:

- 2000: 9,5 j.
- 2008: 7.7 j
- 2015: 6 j?

- ...le déplacement de la fourniture des soins en aval

Opportunités pour les EMS

Risques pour les EMS

Les résidents arrivent plus tôt

- Augmentation des recettes
- Les résidents reviennent plus tôt au «bon» endroit

Hôpitaux dépendants des EMS et donc intéressés à une bonne liaison

- Hôpitaux intéressés à transmettre les patients le + vite possible et dans de bonnes conditions (réduire les réadmissions)

Aux côtés de l'hôpital, l'EMS peut devenir polyvalent

- Développement...
 - ...des structures intermédiaires
 - ...des soins aigus et de transition
 - «Hôpital light»?

Vigilance accrue des hôpitaux contre les hospitalisations inappropriées

- Moins de ressources «gaspillées» ainsi, et donc disponible pour la diversification des EMS

Les résidents arrivent trop tôt

- Résidents instables et pas entièrement traités
- Dimension sociale n'est pas prise en compte
- Dotation en personnel inadaptée
- Forfait max trop faible
- Autres résidents délaissés

Diagnostics gériatriques de l'hôpital insuffisants

- Des maladies ne sont pas mises en évidence
- Potentiel de réhabilitation pas entièrement exploité

Ressources insuffisantes pour développer ces activités

- Financements actuels insuffisants
- Pénurie de médecins et personnel soignant avec connaissances spécialisées en gériatrie

Une médecine de ville en pleine «réinvention»

- La médecine de ville reprendra-t-elle son rôle de «porte d'entrée» du système?

En rouge: éléments sur lesquels les hôpitaux peuvent agir = attentes possibles des EMS à leur endroit.