


Gériatrie: des patients, des pensionnaires, des clients et des forfaits par cas

Daniel Grob^a, Thomas Münzer^b

^a Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, ^b Geriatriische Klinik St. Gallen

Focalisation médicale sur les patients très âgés, infirmes et polymorbides

Pendant longtemps, la gériatrie a été considérée en Suisse comme une discipline marginale du système de soins [1], soutenue et promue avant tout grâce à la clairvoyance des autorités de santé communales et cantonales. Mais depuis quelques années, la perception des cliniques gériatriques s'est modifiée grâce à quelques progrès fondamentaux comme le développement de stratégies efficaces d'évaluation et de gestion gériatriques [2], l'élaboration des directives éthiques de 2004 par l'Académie Suisse des Sciences Médicales [3], l'introduction d'un nouveau système de financement pour les hôpitaux à partir de 2012 (Swiss-DRG), sans oublier l'évolution démographique. A l'heure actuelle, de nombreux cantons sont en train de construire ou de planifier des cliniques de gériatrie aiguë.

Quelques particularités séparent les services fournis en clinique de gériatrie aiguë de ceux des autres cliniques médicalisées: la plus importante d'entre elles est la *spécialisation explicite et consciente sur des patients d'un âge avancé, infirmes et polymorbides* (fig. 1 ). Ce concept se distingue nettement des développements actuels dans les soins aigus, qui ressentent l'influence du système de financement des hôpitaux par le remboursement de montants forfaitaires en fonction du diagnostic (DRG), et qui sont de plus en plus marqués par les nouvelles procédures de traitement à structure linéaire.

Mais de quel ordre sont donc les besoins en santé spécifiques à la population gériatrique? Où se situent les dangers et les chances de la nouvelle réglementation financière des hôpitaux (Swiss-DRG) et que faut-il faire pour garantir, maintenant et plus tard, que les personnes âgées et infirmes reçoivent des soins hospitaliers adaptés et qu'elles ne fassent pas partie des oubliés du système de santé?

Besoins des patients gériatriques

L'objectif principal du traitement des patients gériatriques est de leur rendre leur autonomie en cas de maladie ou après accident, de façon à réduire leurs besoins en soins et en aide. Les médecins connaissant bien les rapports avec les aînés savent que chez les patients âgés, polymorbides et infirmes, il faut s'appuyer sur un diagnostic large pour découvrir les vrais problèmes somatiques interférant avec l'état fonctionnel (en général déficient) du patient. A cet effet, la gériatrie utilise des méthodes d'évaluation qui ont fait leurs preuves, et, au

besoin, elle recourt à un médecin spécialisé dans une sous-discipline.

Pour atteindre l'objectif thérapeutique, il faut fréquemment laisser de côté le traitement du «diagnostic principal», pour plutôt identifier les problèmes importants sur les plans somatique ou psychique, ou encore les problèmes liés à des diagnostics supplémentaires d'ordre social comme le délire, la dépression, l'isolement, la malnutrition, les infections, ou alors les troubles cognitifs (démence), les problèmes urologiques (incontinence) et d'autres encore.

A côté du diagnostic et du traitement conditionnés par la prise en charge médicale et les soins, il faut également offrir des prestations de rééducation (précoce) intégrées. A cet effet, il faut pouvoir compter sur une équipe interdisciplinaire qui soit en mesure d'accompagner, de discuter et de documenter les progrès fonctionnels du patient, ainsi que d'adapter le traitement. Les visites à domicile effectuées dans un but diagnostique peuvent permettre de définir plus facilement les objectifs de la rééducation précoce.

Les personnes âgées et le nouveau régime de financement des hôpitaux: patients, clients ou pensionnaires?

En principe, le changement apporté au régime de financement des hôpitaux par l'introduction du système de remboursement par des montants forfaitaires en fonction du diagnostic va à l'encontre d'une pratique médicale globale. Ce changement de financement représente un réel danger: si l'on ne traite que la cause d'admission, après un examen et un court traitement, on risque de transférer trop rapidement le patient âgé de l'hôpital vers un établissement médicosocial, ou encore à son domicile pour y être pris en charge par le service d'aide et de soins (CMS). Or ces structures ne peuvent pas remplir les conditions requises pour effectuer un examen complet et pour favoriser la rééducation précoce [4]. En un tournemain, le «patient» d'un hôpital est transformé en «pensionnaire» d'établissement médicosocial ou en «client» du service d'aide et de soins à domicile (CMS). Un tel changement de «statut» va nécessairement entraîner des modifications dans l'offre de traitement et de prise en charge de la personne âgée, alors que d'un point de vue holistique, ses problèmes de santé réels sont restés sans solution et n'ont même pas été abordés. Institution ou non, il n'est pas rare que les besoins de personnes âgées, polymorbides et infirmes ne soient pris en compte que partielle-



Daniel Grob



Figure 1

Physiothérapie basée sur une rééducation précoce d'une patiente hospitalisée, fragile et très âgée.

ment, en raison de leur caractère complexe et pluri-dimensionnel.

Chez les personnes très âgées, il reste en principe toujours la possibilité du transfert vers un établissement médicosocial, ce qui n'est pas le cas chez les sujets plus jeunes: souvent les tiers payeurs demandent pourquoi le patient ne pourrait pas être pris en charge par un tel établissement. La réponse est aisée: on peut toujours transférer un patient vers un établissement médico-social pour traitement, mais il faut se demander quels en sont la raison et l'objectif. Car il est à craindre que le régime de financement hospitalier lié au remboursement de montants forfaitaires en fonction du diagnostic conduise à renvoyer les personnes âgées vers des établissements médicosociaux possiblement moins coûteux, et cela bien trop hâtivement, sans avoir effectué de diagnostic complet ni terminé leur traitement. Ce genre de transfert, qui n'est presque jamais envisagé chez les patients plus jeunes, entraînerait un accroissement du coût des soins de longue durée encore plus marqué que jusqu'ici, et une diminution de la qualité des traitements médicaux et rééducatifs. La voie est grande ouverte pour rationner les soins chez les personnes âgées – il faut que les médecins prêtent une attention toute particulière aux critères régissant le besoin d'hospitalisation pour le traitement de maladies aiguës [5].

DRG et polymorbidité: la contradiction n'est qu'apparente

La mise en œuvre en 2012 du système de remboursement de montants forfaitaires en fonction du diagnostic (DRG) va imposer à toutes les cliniques de gériatrie aiguë en Suisse un nouveau régime de financement calqué sur le modèle allemand. Il prévoit entre autres d'introduire un «traitement complexe de rééducation gériatrique précoce» fixant l'ensemble des standards requis de structures et de procédures des prestations gériatriques dans les hôpitaux. Il associe *de façon simultanée* les principes essentiels des soins dispensés par les équipes soignantes en gériatrie aiguë avec la rééducation (précoce), afin de prévenir ou de traiter la perte d'autonomie qui risque de survenir. Notre expérience montre que des patients gériatriques peuvent rentrer chez eux directement et durablement après un séjour en clinique de gériatrie aiguë. Les quelque 20% de patients demandant une période de rééducation longue (souvent de plusieurs mois) et de faible intensité pourraient être pris en charge dans les établissements médicosociaux offrant ces prestations nécessaires.

Il semble que le nouveau régime financier des hôpitaux introduisant le remboursement forfaitaire en fonction du diagnostic soit un moteur essentiel du développement des prestations gériatriques en hôpital (gériatrie aiguë). Cette évolution bénéficie non seulement à un petit groupe de patients fragilisés en soutenant leur désir d'autonomie, mais aussi à la communauté en garantissant, grâce aux services de gériatrie aiguë, que le système des établissements médicosociaux ne soit pas submergé par un nombre croissant de patients transférés depuis les hôpitaux sans avoir été suffisamment pris en charge sur le plan médical ni sur celui de la rééducation précoce.

Correspondance:

Dr Daniel Grob MHA
Klinik für Akutgeriatrie
Stadtspital Waid
CH- 8037 Zürich
daniel.grob@waid.zuerich.ch

Références

- 1 Geser C, Gubler D. Geschichte der klinischen Geriatrie. In: Carigiet E, Grob D. (Hrsg): Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Eigenverlag Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich 2003. Bezug solange Vorrat beim Verfasser.
- 2 Geriatrie: Siebzig Jahre geriatrisches Assessment – wo stehen wir heute? Schweiz Med Forum. 2005;5(51-52):1280-2.
- 3 Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW. Richtlinien zu Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. SAMW. 2004. www.samw.ch.
- 4 Fitzgerald JF: The Care of Elderly Patient with Hip Fracture: Changes since Implementation of the Prospective Payment System N Engl J Med. 1988;319(21):1392-7.
- 5 Akutspitalbedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine «plötzlich auftretende, meist heftig verlaufende Gesundheitsstörung eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordert. Die Akutphase im Spital dauert in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann» (aus einem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29.7.08).