

Soins intégrés en gériatrie



Rapport sur l'essai-pilote réalisé dans le canton de
Berne

Avril 2015

Direction de la santé publique et de
la prévoyance sociale du canton de Berne

Le présent rapport est un résumé du rapport scientifique final de l'étude d'évaluation des soins intégrés en gériatrie (*Evaluationsstudie Integrierte Versorgung in der Geriatrie*), réalisée par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne pour le compte de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.

Editeur : Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du
canton de Berne
Approuvé par le Conseil-exécutif le 19.10.2016

Direction du projet : Office des hôpitaux, Division Planification des soins
Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du
canton de Berne

Table des matières

Synthèse.....	5
Genèse du mandat	6
Les résultats en bref	8
Méthode	8
Organisation.....	8
Conception de l'étude	8
Objet de l'étude.....	9
Collectes de données	9
Résultats quantitatifs	11
Description des patients traités.....	12
Situation de logement et soutien	13
Chaînes thérapeutiques.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Modification de l'état de santé pendant et après l'hospitalisation	16
Prestations et coûts	18
Bilan des résultats quantitatifs	19
Résultats qualitatifs	21
Les soins intégrés du point de vue des patients et de leur famille	21
Interventions et autres aspects de l'essai pilote	22
Les soins intégrés en gériatrie du point de vue des spécialistes	25
Comptes rendus des médias	27
Littérature scientifique internationale	27
Bilan des résultats qualitatifs	28
Conclusions	30
Potentiel d'amélioration des soins gériatriques	30
Rôle des équipes interprofessionnelles et des coaches.....	30
Éléments favorisant ou freinant l'intégration.....	31
Conditions structurelles et institutionnelles.....	32
Recommandations	33
Bibliographie	35

Abréviations et définitions

AVQ	Activités de la vie quotidienne
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHR	Centre hospitalier régional
DRG	Diagnosis Related Groups (groupes de cas liés au diagnostic)
eHealth	Cybersanté. Regroupement des services électroniques de santé. Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour améliorer les processus de santé et mettre en réseaux les acteurs concernés.
FMH	Fédération des médecins suisses (Foederatio Medicorum Helveticorum)
GDS	Echelle de dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale)
LSH	Loi du 5 juin 2005 sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
STS AG	CHR STS AG (Simmental-Thoune-Saanenland)

Synthèse

Le canton de Berne aspire à développer les soins intégrés. Pendant les trois années de l'essai pilote, le centre hospitalier régional de Thoun STS AG a complété ses prestations de prise en charge gériatrique par deux mesures à caractère intégratif, à savoir la mise en place d'équipes interprofessionnelles et d'une personne de référence pour chaque patient. L'organisation habituelle des soins dans la clinique gériatrique universitaire (hôpital Ziegler, Spital Netz Bern AG) a servi de référence.

L'évaluation repose sur les données relatives au traitement de 266 patientes et patients des deux établissements hospitaliers et sur celles fournies par des enquêtes ; elle a été complétée par un monitoring des médias sur plusieurs années et par une analyse de la littérature internationale. Les enquêtes ont été réalisées auprès de plusieurs échantillons de patients et auprès de leur famille. Des spécialistes sélectionnés parmi les prestataires de soins régionaux et des représentants du système de santé suisse ont également été interrogés.

L'essai pilote identifie les améliorations qu'il est possible d'apporter aux soins gériatriques dans un centre hospitalier ou un système de soins régional avec le concours d'équipes interprofessionnelles et à l'aide d'un coaching personnalisé des patients. On observe une amélioration de l'état de santé des patients, aussi bien pendant le séjour à l'hôpital que dans les six mois qui suivent leur sortie.

Par ailleurs, l'essai pilote montre quelles sont les conditions propices ou défavorables à l'intégration des soins gériatriques qu'il convient de prendre en compte dans l'élaboration de nouveaux modèles de soins. Parmi les facteurs inhibiteurs, on retiendra la compartimentation du système de soins, les lacunes dans l'information communiquée aux intéressés, l'imprécision ou le retard des informations transmises aux prestataires de soins, ainsi que l'insuffisance ou l'inadéquation des incitations financières. Sont en revanche favorables une culture de coopération sans esprit de compétition, une gestion standardisée des interfaces, une gestion des patients s'appuyant sur des critères définis et la souplesse de tous les intervenants. La cybersanté peut aussi soutenir l'intégration des soins, notamment à travers des systèmes d'information et de communication des patients. L'essai a aussi permis d'identifier les conditions structurelles et institutionnelles nécessaires à l'intégration des soins gériatriques, en particulier l'élaboration de directives et de processus standardisés ainsi que le perfectionnement professionnel. Les spécialistes ne sont en revanche pas unanimes concernant les mesures que les pouvoirs publics devraient engager ou non dans le pilotage des parcours de soins.

Les enseignements tirés de l'essai pilote sont importants et précieux tant pour le développement du système de santé dans son ensemble que pour l'intégration des soins dans le secteur gériatrique.

Genèse du mandat

L'espérance de vie n'en finit pas d'augmenter cependant que le taux de natalité se maintient à un faible niveau. Le nombre de personnes de plus de 64 ans domiciliées dans le canton de Berne augmente ainsi fortement et leur part à l'ensemble de la population résidente atteint déjà 19,7%. Le rapport de dépendance des personnes âgées¹ atteint 32,2%. Il est supérieur à cette valeur bernoise dans cinq cantons seulement et il s'établit à 28,4% pour l'ensemble de la Suisse.

Les personnes très âgées souffrent en général de plusieurs affections nécessitant des soins et une aide dans la vie quotidienne et leur prise en charge mobilise de nombreux intervenants, d'où une coordination bien souvent complexe et difficile. Dans ce domaine, il n'est pas rare que l'on rapporte des cas de traitements multiples simultanés.

L'explosion du nombre d'aînés, et spécialement du nombre de personnes de plus de 85 ans, a modifié ces vingt dernières années les besoins en matière de prise en charge et de soins médicaux. De même, le système de soins appelait des changements en raison des lacunes constatées dans la chaîne thérapeutique, des ruptures dans la collaboration entre les prestataires et des déficits observés dans les soins gériatriques spécifiques, tous problèmes sur lesquels le Conseil-exécutif et le Grand Conseil se sont penchés à de multiples reprises.

En 2004, après la parution du rapport *Politique du 3^e âge dans le canton de Berne*, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) du canton a défini des mesures à mettre en œuvre pour pallier une série de déficits observés dans le domaine des soins. Il s'agit en l'occurrence du projet-pilote *Unités de soins transitoires*, des projets *Renforcement de l'offre ambulatoire par le biais des services de maintien à domicile* et *Mise en œuvre de la stratégie de soins gériatriques*. Dans la *Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers (LSH) 2007-2010*, le Conseil-exécutif a identifié une augmentation des besoins pour les traitements hospitaliers de la gériatrie aiguë et décidé le lancement d'un essai pilote *Soins intégrés en gériatrie*.

A l'occasion de son rapport sur la motion Meyer *Réseau de soins coordonnés (25/2007)*, le Conseil-exécutif s'est prononcé en faveur d'une stratégie cantonale en matière de soins intégrés, fondée non pas sur de nouvelles formes d'assurance, mais sur le développement de nouveaux modèles de prise en charge favorisant la mise en réseau des soins. En même temps, des efforts ont été engagés au plan fédéral pour inscrire les soins intégrés dans la loi. Le Conseil fédéral et le Parlement ont planché sur le projet de soins intégrés (managed care) dans la santé publique, lequel a finalement échoué en 2012 en votation populaire.

Lors de la révision de la loi sur les soins hospitaliers en 2013, le législateur a inscrit dans la loi les principes de l'intégration des soins. Ainsi est-il stipulé que le canton et les fournisseurs de prestations assurent la gestion intégrée des soins. La loi précise aussi que la SAP peut réaliser ou subventionner des essais pilotes ou des projets destinés à tester les méthodes, stratégies ou modèles de soins.

¹ Rapport numérique entre personnes de plus 64 ans et population active résidente.

L'essai pilote *Soins intégrés en gériatrie* que le Grand Conseil a approuvé en date du 24 janvier 2011 contribue au développement de modes de prise en charge qui se prêtent à une meilleure mise en réseau. L'essai se propose de fournir des réponses aux questions suivantes :

- Le travail en réseau des prestataires de soins hospitaliers et ambulatoires et la gestion commune des traitements permettent-ils, dans le cadre juridique et structurel actuel, d'améliorer la qualité, la rentabilité et la pertinence de la prise en charge des personnes (très) âgées qui nécessitent des soins médicaux importants ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent ou font obstacle à l'intégration des soins en gériatrie et quelles sont les conditions à réunir sur le plan structurel et institutionnel pour la réaliser ?

Les résultats en bref

Méthode

L'essai pilote avait pour objectif d'examiner, en conditions réelles, la qualité, la rentabilité et le bien-fondé des soins intégrés en gériatrie, ce qui signifie qu'il a pris place dans l'activité de routine des hôpitaux régionaux et des prestataires de soins ambulatoires. L'étude s'est attachée à observer les procédures thérapeutiques existantes, adaptées à l'essai pilote, mais n'avait pas pour ambition d'étudier un concept de soins foncièrement nouveau dans des conditions idéales standardisées.

Organisation

L'essai pilote *Soins intégrés en gériatrie* conçu par l'Office des hôpitaux de la SAP a été mené à bien entre avril 2011 et décembre 2014 dans deux établissements hospitaliers, à savoir l'hôpital de Thoune rattaché au CHR STS AG et l'hôpital Ziegler du Spital Netz Bern AG. La SAP en a confié l'accompagnement scientifique à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne (représenté par le professeur Thomas Abel, directeur de l'Evaluation Support Unit, ainsi que par Heinz Bolliger-Salzman, Michaela Hlavica, Sarah Heiniger, Sabine Bucher et d'autres collaborateurs). L'Office des hôpitaux a mis sur pied une équipe de projet composée de représentants et représentatnes des hôpitaux concernés, de l'Institut et de la SAP ; l'équipe s'est régulièrement réunie.

Conception de l'étude

L'essai pilote se voulait une étude d'intervention menée dans deux environnements distincts, d'abord le domaine pilote où ont été pratiquées les interventions intégratives (hôpital de Thoune du centre hospitalier STS AG et prestataires de soins régionaux en aval) et ensuite, le domaine de contrôle sans intervention (hôpital Ziegler du Spital Netz Bern AG). Il ne s'agissait donc pas, en l'espèce, d'une étude clinique randomisée permettant de mesurer l'efficacité des traitements dans des conditions idéales.

Les soins intégrés en gériatrie objet de l'essai pilote englobaient, pour l'hôpital Ziegler, les procédures de soins déjà existantes, à quoi sont venues s'ajouter, pour l'hôpital de Thoune, les deux interventions suivantes :

- formation et mise en place d'une *équipe interprofessionnelle* composée de personnes rattachées aux différentes institutions, organisations et professions assurant la prise en charge des patients ainsi qu'au secteur informel responsable de l'analyse et de la planification des besoins au moment de l'admission à l'hôpital et de la préparation de la sortie ;
- mise en place d'une *personne de référence pour chaque patient (coach)*, chargée de gérer les processus au sein de l'hôpital, de préparer les sorties et le suivi des soins jusque dans les six mois suivant le séjour hospitalier. Sa mission consistait en outre à prendre contact par téléphone avec les patients trois semaines après leur sortie d'hôpital, puis une seconde fois au bout de six mois.

Ces interventions ne se sont superposées aux traitements en soins aigus que dans l'hôpital pilote de Thoune du CHR STS AG. En revanche, dans l'hôpital Ziegler du Spital Netz Bern AG, qui tient lieu d'hôpital de référence ou de contrôle, les patients ont été traités selon les protocoles habituels de la prise en charge en gériatrie aiguë propres à la clinique gériatrique universitaire. A l'hôpital de Thoune, l'équipe interprofessionnelle n'a pas été

mobilisée pour tous les patients, elle n'est intervenue que pour les cas complexes. En cela, l'étude s'est écartée du plan initial, ce qui pourrait avoir pour effet de sous-évaluer les écarts.

Objet de l'étude

L'étude s'est appuyée sur les divers groupes et ressources suivants :

- patients gériatriques traités entre octobre 2011 et mai 2013 à l'hôpital de Thoune ou à l'hôpital Ziegler, observés ou ayant fait l'objet d'un contrôle de suivi jusqu'à fin octobre 2013 au plus tard ;
- famille et proches des patients sélectionnés par échantillonnage ;
- personnel médical, personnel soignant et personnel médico-thérapeutique des deux hôpitaux concernés, des institutions de suivi et des fournisseurs de prestations ambulatoires (médecins de famille et services de maintien à domicile surtout) ;
- spécialistes régionaux et suisses de divers domaines du système de santé, représentants de l'administration publique et des milieux scientifiques ;
- comptes rendus de presse concernant les soins gériatriques dans le canton de Berne et les soins gériatriques intégrés en Suisse ;
- littérature internationale consacrée aux soins intégrés en gériatrie.

L'étude a retenu les patients gériatriques répondant aux critères suivants :

- personnes âgées de 75 ans au moins à leur admission à l'hôpital,
- admissions à partir du domicile ou ordonnées par le médecin traitant,
- prévision d'un séjour hospitalier inférieur à 7 jours,
- profil de risque gériatrique de 2 points ou plus,
- perspective de retour dans l'environnement habituel,
- capacité de discernement (24 points au moins au test « Mini-Mental-Status »),
- consentement écrit à la participation à l'étude (consentement éclairé).

Il était prévu au départ d'inclure 720 patients dans l'étude. Cet objectif n'a pu être atteint en raison d'un grand nombre de défections, dues principalement au manque de discernement ou à l'absence de consentement des patients et patientes. L'allongement de la période de recrutement de six mois a permis de porter le nombre de cas à 266. Pour l'analyse des données, il restait au final des séries de données complètes pour 256 personnes.²

Collectes de données

Pour réaliser l'objectif visé et mesurer les effets des interventions sur les intéressés et les intervenants, il a été procédé à une collecte de données qualitatives portant sur les éléments suivants : état d'avancement de l'intégration des soins, conditions organisationnelles, structurelles et institutionnelles requises, facteurs propices ou défavorables à l'intégration.

A cet effet, les auteurs de l'étude ont réalisé des **interviews en face à face avec les intéressés**, plus précisément avec les patients et leurs proches, mais aussi avec les spécialistes de diverses disciplines, rattachés ou non à l'hôpital. Ces entrevues ont été organisées à deux moments distincts, à savoir pendant le séjour à l'hôpital et six mois après la fin de ce séjour. Pour compléter le tableau, les auteurs ont réalisé une troisième série d'interviews à l'hôpital de Thoune (préétude) auprès des patients qui n'avaient pas bénéficié d'un suivi au sens de l'étude. Pour éviter d'interroger deux fois la même

² Trois patients de l'hôpital Ziegler sont revenus sur leur consentement et dans sept autres cas (3 Ziegler, 4 Thoune) il n'a pas été possible de réunir les données du questionnaire et celles de la statistique médicale.

personne, il a été tiré, pour les deux moments de l'enquête, des échantillons distincts représentatifs de la population de base. Au total, les auteurs ont interrogé 68 personnes, 38 à l'hôpital de Thoun et 30 à l'hôpital Ziegler.

Afin de bénéficier d'un regard extérieur, les auteurs de l'étude ont réalisé, entre décembre 2011 et février 2014, 37 interviews avec des **spécialistes issus des secteurs suivants** : soins hospitaliers et ambulatoires des deux régions, caisses-maladie, services sociaux, protection des patients, administration publique et milieux scientifiques.

A cela s'ajoutent **six groupes de discussion thématiques** institués entre décembre 2011 et mars 2012, composés de 6 à 12 personnes et placés sous la conduite d'un animateur. Les participants ont été attribués aux domaines 'traitement hospitalier' (N=15), 'traitement de suivi' (N=11) et 'soins ambulatoires' (N=16).

Toutes les interviews conduites en dialecte alémanique ont été fidèlement retranscrites en allemand. Les transcriptions ont été codées thématiquement à l'aide du programme ATLAS.ti. Les résultats n'indiquent pas de fréquences exactes, mais livrent plutôt des indications quantitatives générales (certains, plusieurs, etc.).

FIGURE 1 : APERÇU DE LA COLLECTE DE DONNEES

	Année		2011				2012				2013				2014			
	Trimestre		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		
Données qualitatives:																		
Monitoring des médias (rétrospectif, de juillet 2008 à septembre 2011)																		
Recherche bibliographique																		
Groupes de discussion Thoun (soins hospitaliers, soins de suivi, soins ambulatoires) (N=24)																		
Groupes de discussion Berne (soins hospitaliers, soins de suivi, soins ambulatoires) (N=18)																		
Interviews des intéressés pré-étude Thoun (N=13)																		
Interviews des intéressés Thoun 1 (N= 11) et 2 (N=14)																		
Interviews des intéressés Berne 1 (N=16) et 2 (N=14)																		
Interviews de spécialistes région de Thoun (N=11)																		
Interviews de spécialistes région de Berne (N=11)																		
Interviews d'experts suprarégionaux (N=13)																		
Données quantitatives :																		
Collecte des données des patients (questionnaire de l'étude)																		
Collecte des données des patients à partir de la statistique médicale des hôpitaux																		

Pour identifier les changements intervenus pendant l'essai pilote, il a été procédé à une analyse contextuelle comprenant un **monitorage des médias** sur la période de juillet 2008 à septembre 2013 ainsi qu'une **recherche documentaire internationale concernant les soins intégrés en gériatrie**. Le monitoring des médias de juillet 2008 à septembre 2011 a

été réalisé rétrospectivement et s'est concentré, du fait des sources disponibles, sur le canton de Berne (56 articles des quotidiens bernois *Berner Zeitung* et *Der Bund*). De septembre 2011, c'est-à-dire à partir du début de l'étude et jusqu'en septembre 2013, les auteurs ont réalisé un miroir de presse regroupant au total 403 articles de la presse écrite et des contributions des médias électroniques (émissions radio et TV) parus ou diffusés dans toute la Suisse alémanique. La recherche bibliographique a été opérée selon la méthode de la revue exploratoire (scoping-review), c'est-à-dire conduite selon des règles précises, transparentes et claires, mais sans pondération en fonction de critères précis ni tri des travaux « insuffisants ». Seules ont été retenues les contributions publiées en allemand et en anglais dans les pays industrialisés d'Europe et d'Amérique du Nord. L'analyse a porté au total sur 96 articles.

Pour mesurer l'impact des interventions effectuées, les auteurs ont saisi des **données de patients** identiques dans les deux hôpitaux. Ces données sont tirées autant que possible de la statistique médicale routinière et il s'agit plus précisément de caractéristiques sociodémographiques, d'indications administratives et médicales relatives au séjour hospitalier, mais aussi de données concernant les organismes payeurs et les réhospitalisations. Pour compléter le tout, il a été élaboré un questionnaire destiné à recueillir les informations suivantes sur les patients : critères d'inclusion dans l'étude, lieu de vie au sortir de l'hôpital et six mois plus tard, dépistage et évaluation gériatrique (dépression, alimentation, activités de la vie quotidienne), type et coûts des prestations utilisées. Les données en lien avec l'état de santé sont saisies à quatre moments différents au maximum. S'agissant des prestations sollicitées et de leurs coûts, les auteurs se sont écartés des directives dans l'hôpital Ziegler (indications de coûts forfaitaires plutôt que de coûts réels), d'où l'impossibilité d'entreprendre une analyse comparative de ces données. L'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne a numérisé et contrôlé les documents papier pour l'analyse.

L'introduction de SwissDRG le 1^{er} janvier 2012 a modifié plusieurs paramètres de la statistique médicale, à savoir la classification DRG elle-même, mais également la définition des cas, le calcul de la durée de séjour et les classifications des diagnostics et des interventions chirurgicales ainsi que les directives régissant leur codage. Il en est résulté une série de distorsions, non rectifiables a posteriori, au niveau des diagnostics, des interventions chirurgicales et des groupes Swiss DRG, puisque désormais, certains traitements ou procédures (notamment l'évaluation gériatrique, les traitements complexes de réadaptation précoce) ne peuvent entrer en ligne de compte pour la statistique et le décompte que si le traitement a été assuré par une équipe gériatrique placée sous la conduite d'un médecin titulaire d'une formation spécifique en gériatrie (FMH). Or, seul l'hôpital Ziegler répondait à ces critères durant la période sous revue.

Enfin, la dernière étape a consisté à réunir les séries de données anonymisées de la statistique médicale avec celles du questionnaire lorsque les variables étaient compatibles (sexe, année de naissance, hôpital, diagnostic secondaire [Z00.6], date d'entrée et de sortie), afin de former des données individuelles uniformisées. Celles-ci ont été ensuite analysées à l'aide du programme SPSS pour identifier la prévalence, les différences et les corrélations.

Résultats quantitatifs

Cette partie du rapport cherche à déterminer si et dans quelle mesure les soins intégrés au sens de l'essai pilote permettent d'améliorer la qualité, la rentabilité et l'adéquation des soins gériatriques prodigués aux personnes (très) âgées.

Description des patients traités

Constat principal : lors de leur inclusion dans l'étude, les deux collectifs de patients ne se différenciaient pas l'un de l'autre sur le plan des critères sociodémographiques. Sur la base des indicateurs mesurés, il n'a pas été possible de qualifier l'un des deux collectifs de « plus malade » que l'autre. Les critères d'inclusion expliquent sans doute leur uniformité.

Au total, l'essai pilote a retenu 266 patients et les données ont pu être évaluées au final pour 256 d'entre eux, plus précisément 57 à l'hôpital Ziegler et 199 à l'hôpital de Thoune.

Les patients, pour 60% de sexe féminin, étaient âgés de 83,5 ans en moyenne. Une proportion de 77% d'entre eux était assurée en division commune. Sur le plan statistique, il n'a pas été constaté de différences entre les patients des deux hôpitaux pour ce qui est de leur répartition par âge, par sexe ou par statut d'assuré.

En revanche, on observait des disparités entre les collectifs pour quatre des indicateurs de l'état de santé mesurés au moment de l'admission à l'hôpital :

- Concernant le profil de risque gériatrique, lequel englobe cinq dimensions (troubles cognitifs, situation de logement, difficultés à marcher, récente hospitalisation/admission aux urgences et multi-consommation de médicaments) évaluées sur une échelle de 0 (absence de risque) à 6 points, le score moyen des patients de l'hôpital Ziegler s'établissait à 3,26 contre 2,51 points pour ceux de l'hôpital de Thoune.
- S'agissant de l'indice de Barthel qui s'attache à mesurer le degré d'autonomie dans 10 activités de la vie quotidienne sur une échelle de 0 à 100 points (pleine autonomie), les patients de l'hôpital Ziegler affichaient un score moyen de 65,26 points, soit un résultat inférieur à ceux de l'hôpital de Thoune qui totalisaient en moyenne 71,08 points.
- La situation était inverse pour l'état nutritionnel et le risque de dépression. Avec un taux de 58%, les patients de l'hôpital de Thoune présentaient plus souvent un risque de malnutrition justifiant une intervention (à partir de 3 points) que ceux de l'hôpital Ziegler (22% de patients concernés). Le risque de dépression (sur l'échelle DGS 5 allant de 0 : faible à 5 : élevé) y était aussi supérieur (score moyen : 1,25 et 1 respectivement).

Au nombre des principaux motifs d'hospitalisation, on trouvait les «maladies du système circulatoire», les « symptômes et contrôles cliniques et de laboratoire anormaux » ainsi que les « maladies de l'appareil respiratoire ». On notait aussi la présence de plusieurs affections, ce qui est une caractéristique typique des patients gériatriques. En effet, 88% d'entre eux présentaient au moins huit diagnostics secondaires. Les diagnostics et traitements principaux n'apparaissaient pas avec la même fréquence dans les deux hôpitaux. Ainsi, les « symptômes et contrôles cliniques et de laboratoire anormaux » constituaient le diagnostic principal le plus courant à l'hôpital Ziegler (54% des patients), alors qu'à l'hôpital de Thoune, c'étaient les « maladies du système circulatoire » (33%) et les « maladies de l'appareil respiratoire » (17%). Les « mesures diagnostiques et thérapeutiques diverses » constituaient le traitement principal de la quasi-totalité des patients de l'hôpital Ziegler (95%), alors que ce n'était le cas que pour 62% des patients de l'hôpital de Thoune. Ces différences sont directement à mettre sur le compte du choix des deux établissements, l'hôpital de Thoune et la clinique gériatrique universitaire de l'hôpital Ziegler, laquelle dispose d'une équipe gériatrique placée sous la direction d'un médecin titulaire d'une formation spécifique en gériatrie (FMH). Pour autant, les écarts observés

dans la distribution des diagnostics et des interventions chirurgicales ne permettent pas de conclure à des différences fondamentales entre les deux collectifs de patients.

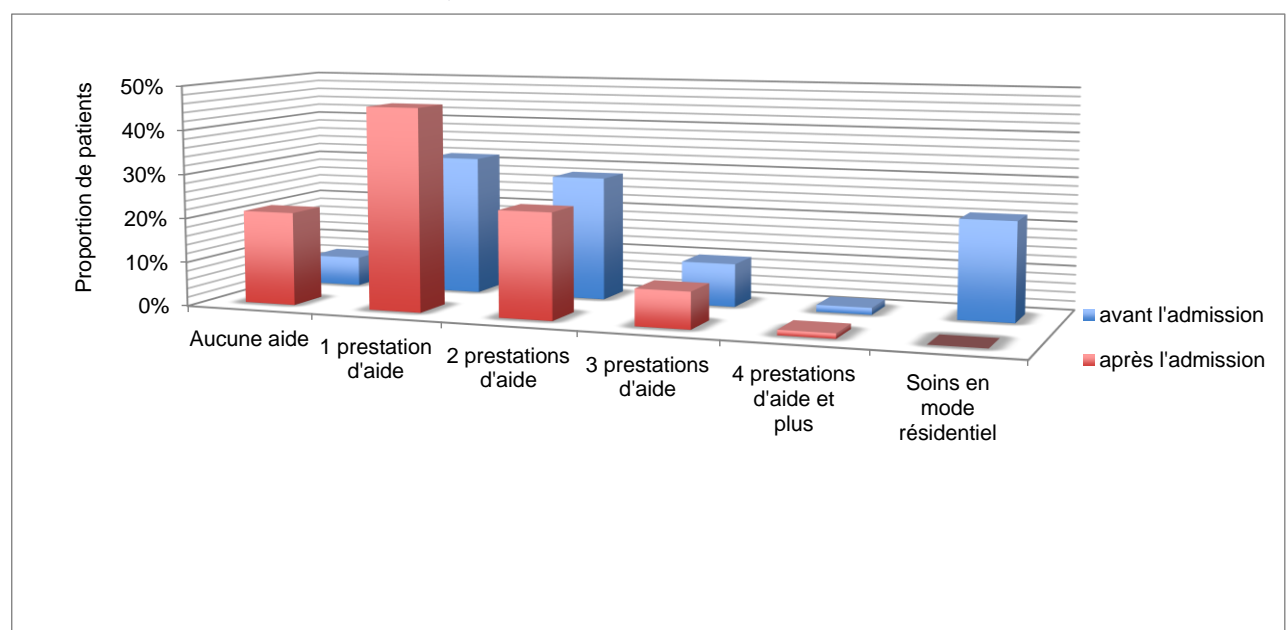
Situation de logement et soutien

Constat principal : après l'hospitalisation en soins aigus, les personnes ont plus souvent recouru à des prestations d'aide, généralement à un rythme plus soutenu et en sollicitant de nouveaux services. L'aide était principalement assurée par les services de maintien à domicile, par les conjoints partenaires ou encore par d'autres proches. A cet égard, on n'observe pas de différence entre les deux groupes de patients.

Avant leur hospitalisation, la grande majorité des patients vivaient seuls (63%) ou en couple (34%). Ici encore, les résultats ne diffèrent pas d'un établissement à l'autre. En revanche on note de sensibles écarts selon le sexe, puisque 79% des femmes vivaient seules avant leur entrée à l'hôpital contre 39% des hommes seulement. La situation de logement de la population étudiée est donc à l'image du profil démographique de la population.

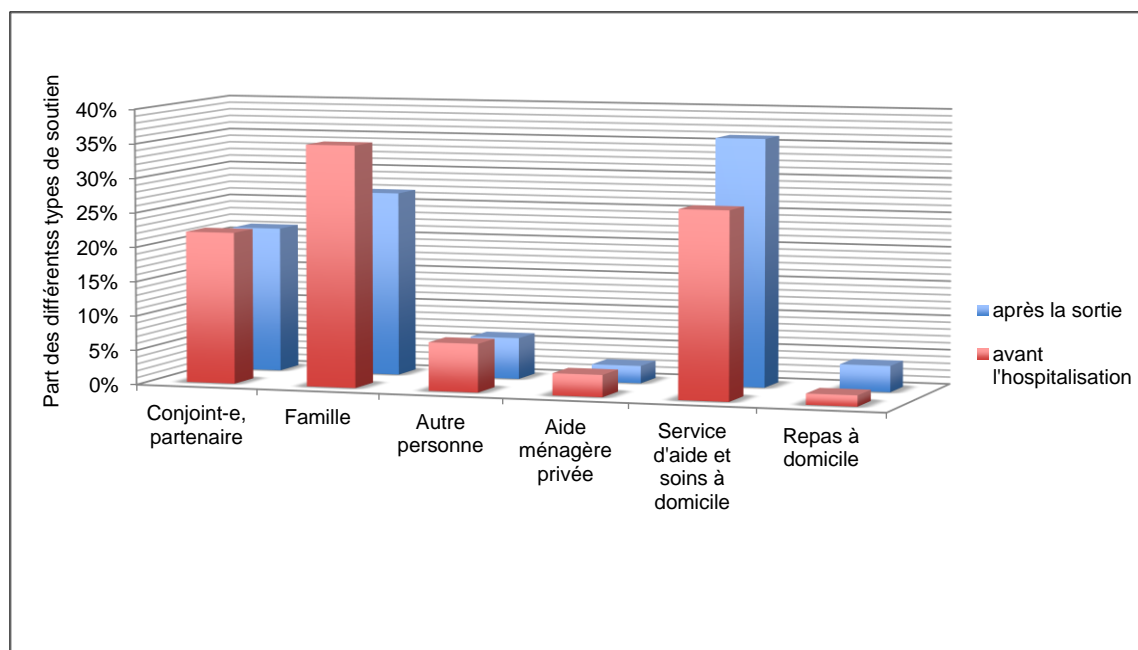
Pour les patients des deux établissements considérés, l'hospitalisation a foncièrement modifié les besoins en aide. Alors qu'avant leur admission, 21% des patients vivaient de manière totalement autonome, ils n'étaient plus que 7% à pouvoir se passer d'un soutien au sortir de l'hôpital. Ainsi, la proportion de personnes ayant besoin de multiples prestations d'aide était plus importante après le séjour à l'hôpital (40%) que précédemment (33%). En outre, la proportion de patients dirigés vers un autre établissement (un autre hôpital de soins aigus, une clinique de réadaptation ou un EMS par exemple) est particulièrement élevée (22%). Concernant le degré d'autonomie, on observe des disparités entre les deux collectifs, mais uniquement pour la situation qui prévalait avant l'hospitalisation : le nombre de personnes qui ne sollicitaient aucune aide avant leur admission à l'hôpital était plus important dans le collectif de l'hôpital Ziegler.

FIGURE 2 : FRÉQUENCE DES PRESTATIONS DE SOUTIEN AVANT ET APRÈS L'HOSPITALISATION, EN % DES PATIENTS



Le séjour hospitalier en division de soins aigus a modifié non seulement la fréquence de l'aide à domicile, mais aussi le type de soutien³. Avant leur entrée à l'hôpital, l'aide était le plus souvent fournie par la famille (35%) ou par le service d'aide et de soins à domicile (27%), alors qu'on observe un rapport inverse après le retour à la maison (services de maintien à domicile 36%, proches 27%). Dans 20% des cas environ, ce sont les partenaires ou conjoints qui ont assuré un soutien. Aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes de patients pour ce qui touche au type de soutien requis au sortir de l'hôpital.

FIGURE 3 : MODE DE SOUTIEN AUX PERSONNES VIVANT À DOMICILE, AVANT ET APRÈS LEUR HOSPITALISATION, EN % DES MODES DE SOUTIEN CITÉS



Parcours de soins

Constat principal : les parcours de soins des deux collectifs de patients se distinguent nettement les uns des autres. Si neuf patients sur dix de l'hôpital Ziegler ont pu regagner leur domicile après leur hospitalisation, seuls 64% des patients habitaient encore chez eux au bout de six mois, 20% ayant intégré un établissement de soins de longue durée. A l'hôpital de Thoune, trois patients sur dix ont suivi un traitement de suivi en mode résidentiel après leur hospitalisation, mais au bout de six mois 72% étaient de retour à la maison et 10% avaient intégré une institution de soins de longue durée. Ces disparités laissent apparaître une différence dans la gestion des patients.

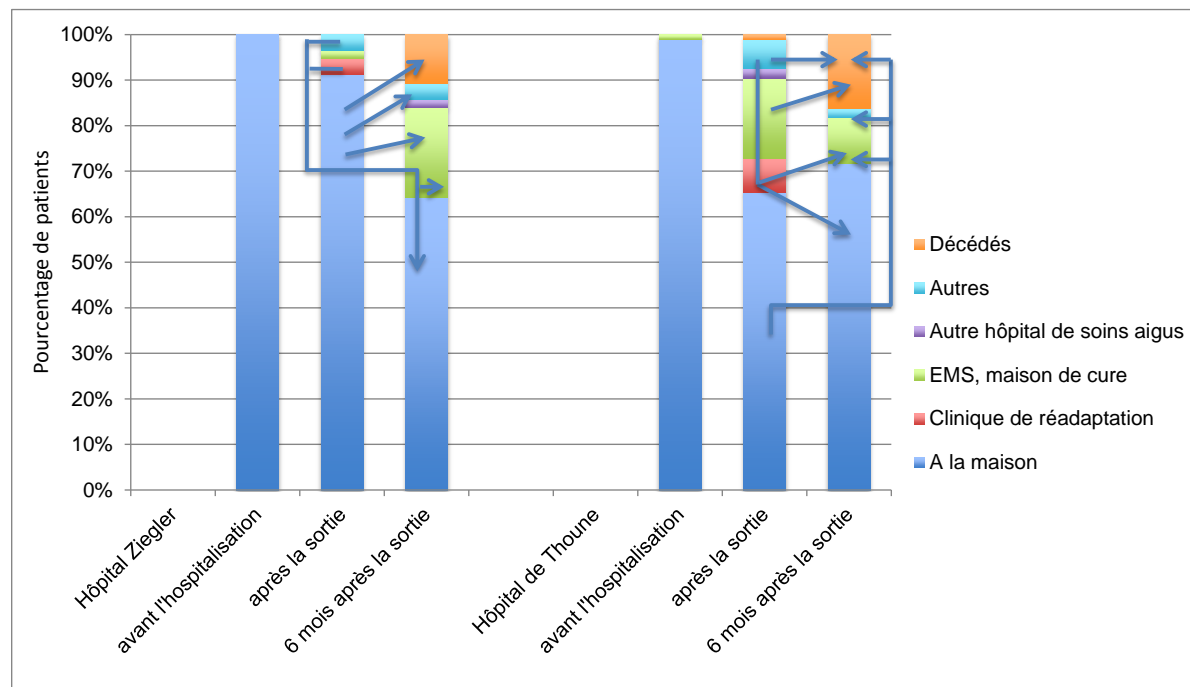
L'admission dans les hôpitaux considérés s'est opérée selon différentes modalités. A l'hôpital de Thoune, 88% des patients ont été admis en urgence, contre 44% seulement à l'hôpital Ziegler. Dans ce dernier établissement, 44% sont venus en hospitalisation programmée et 12% y ont été transférés depuis d'autres établissements du Spital Netz Bern AG. Les écarts relevés tiennent sans doute à différents modes de gestion des

³ Pour les patients dirigés vers une prise en charge résidentielle dans un autre hôpital de soins aigus, une clinique de réadaptation ou une institution de soins de longue durée, l'étude n'a pas recensé les autres prestations d'aide.

patients (voir dans les conclusions le chapitre « Potentiel d'amélioration des soins gériatriques »).

Hormis deux personnes séjournant en maison de cure et hospitalisées en urgence, tous les patients considérés dans l'étude vivaient à la maison avant leur admission à l'hôpital. Après leur séjour, 71% ont pu regagner leur domicile, tandis que 14% ont été dirigés vers une institution de soins de longue durée (EMS/maison de cure) et 7% vers une clinique de réadaptation. Un autre mode d'hébergement a été trouvé pour les 8% restants. On note ici d'importants écarts entre les deux établissements : neuf patients sur dix de l'hôpital Ziegler ont pu rentrer chez eux et seuls quelques-uns ont été transférés dans une clinique de réadaptation ou dans une résidence de soins de longue durée. A l'hôpital de Thoune en revanche, 18% des patients ont été dirigés vers une institution de soins longue durée, 8% dans une clinique de réadaptation et 65% ont pu rentrer chez eux. Deux patients sont décédés à l'hôpital.

FIGURE 4 : SITUATION DE LOGEMENT AVANT ET APRÈS L'HOSPITALISATION ET SIX MOIS APRÈS LA SORTIE D'HÔPITAL, EN % DES PATIENTS



Dans les mois qui suivent la sortie, bien des choses changent quant à la situation de logement ou de domicile. Au bout de six mois, sept patients sur dix vivaient encore à la maison, alors même que 29% des personnes de retour chez elles après leur hospitalisation étaient entrées entre-temps dans une institution de soins de longue durée et que d'autres étaient décédées. A noter qu'une proportion considérable de 67% des patients dirigés au départ vers une institution de soins de longue durée, une clinique de réadaptation ou admis dans un autre hôpital de soins aigus ont pu regagner leur domicile par la suite.

Alors que dans le collectif de l'hôpital Ziegler, la part des personnes vivant chez elles a été ramenée à 64% suite à plusieurs transferts dans une institution de long séjour ou suite à des décès, elle est remontée à 72% dans le collectif de l'hôpital de Thoune une fois terminés les traitements de suivi en mode résidentiel. De fait, les patients des deux établissements ont suivi des parcours opposés après leur séjour hospitalier et six mois

après leur hospitalisation, les patients de l'hôpital de Thoune étaient plus nombreux que ceux de l'hôpital Ziegler à avoir pu rentrer chez eux.

Modification de l'état de santé pendant et après l'hospitalisation

Constat principal : les cas de réhospitalisation sont nombreux (un patient sur trois), avec une fréquence nettement supérieure dans le collectif de l'hôpital Ziegler. Si le risque de dépression n'a varié dans aucun des deux établissements pendant le séjour à l'hôpital, il a en revanche évolué après coup. Six mois après la sortie, il était plus élevé qu'au moment de l'admission à l'hôpital. A l'inverse, le risque de malnutrition a reculé pendant et après l'hospitalisation, mais uniquement chez les patients de l'hôpital de Thoune. Le degré d'autonomie dans les activités quotidiennes (indice de Barthel) a progressé pendant le séjour à l'hôpital. Dans les six mois suivants, les valeurs ne se sont améliorées que chez les patients de l'hôpital de Thoune, celles du collectif de l'hôpital Ziegler ont reculé.

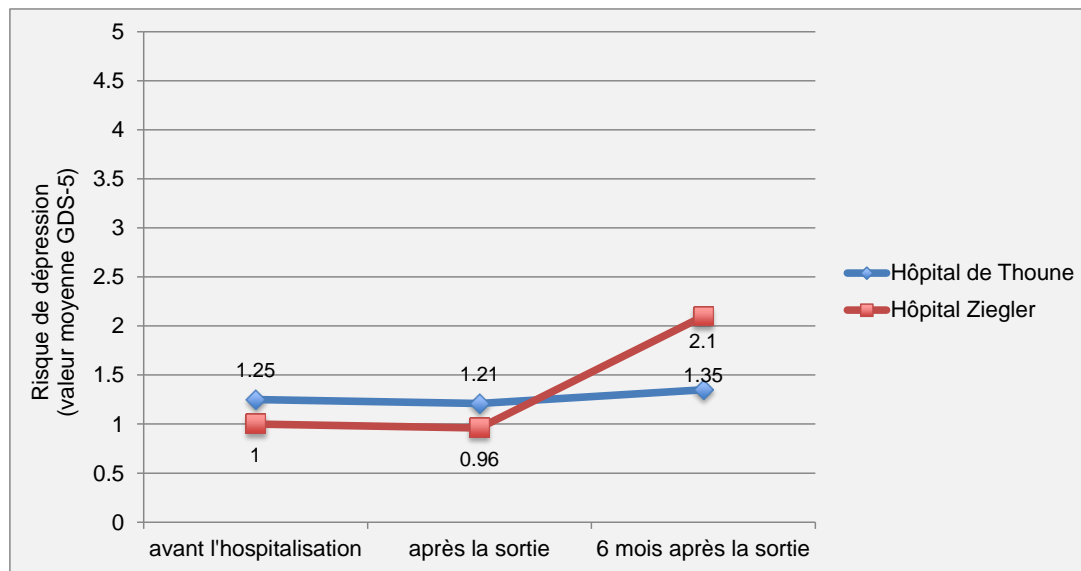
Durant la période d'observation, depuis l'admission à l'hôpital jusqu'à six mois après la sortie, 40 personnes sont décédées (16%). En termes de mortalité, on ne constate aucune différence majeure entre les deux collectifs de patients.

Dans les six mois qui ont suivi la sortie d'hôpital, un patient sur trois a connu un ou plusieurs problèmes de santé ayant nécessité une nouvelle hospitalisation en soins aigus. On dénombre au total 131 réhospitalisations pour 84 patients, soit une moyenne de 1,6 réadmission par personne réhospitalisée. Les collectifs présentent à cet égard de nettes différences, puisque 42% des patients de l'hôpital Ziegler ont été réadmis en moyenne 1,9 fois, contre 30% des patients de l'hôpital de Thoune avec une moyenne de 1,4 fois.

La santé psychique (risque de dépression [GDS-5]), l'état nutritionnel (dépistage du risque de malnutrition ou Nutritional Risk Screening) et les activités de la vie quotidienne (indice de Barthel) ont été examinés à trois, voire à quatre reprises pour les patients hospitalisés pendant plus de trois semaines.

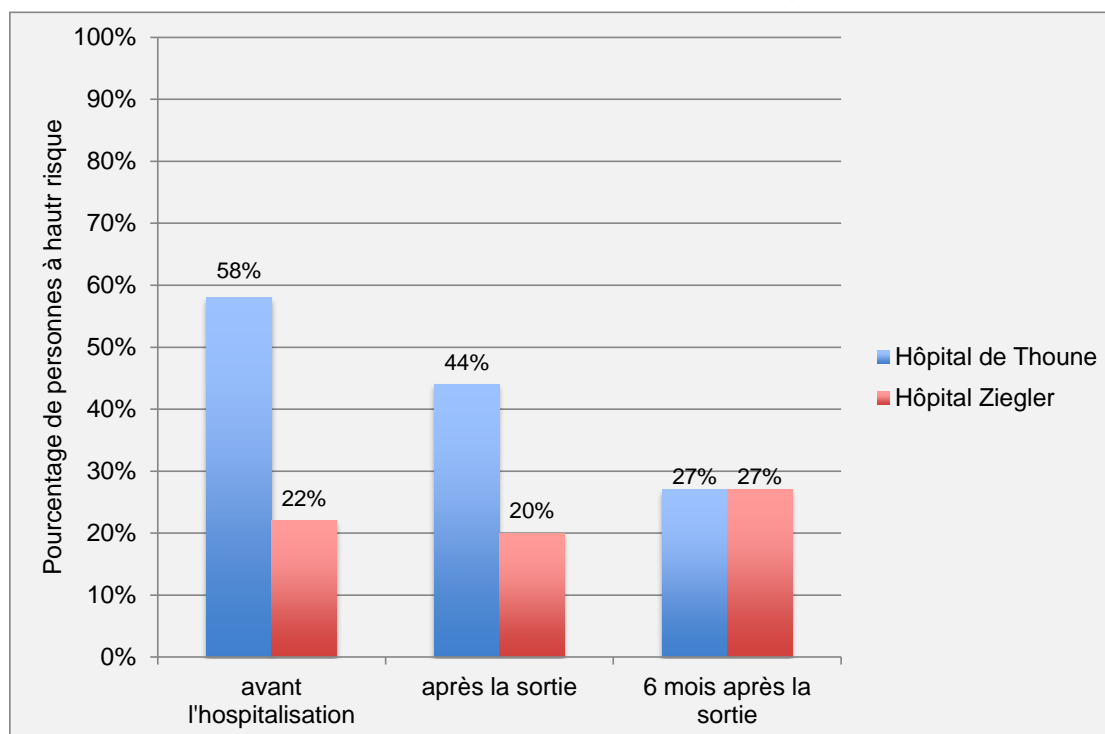
Dans l'ensemble, le **risque de dépression** est resté pratiquement stable pendant la durée de l'hospitalisation, tant chez les patients de l'hôpital Ziegler que chez ceux de l'hôpital de Thoune. Elle a augmenté une fois qu'ils ont quitté l'hôpital, surtout chez les patients de l'hôpital Ziegler. Cette évolution s'observe pour les deux types de l'analyse statistique, pour les valeurs moyennes de l'échelle de 5 points (figure 5), mais aussi dans le groupe de patients qui totalisent 2 points ou plus et présentent donc un risque de dépression important.

FIGURE 5 : SANTÉ PSYCHIQUE (RISQUE DE DÉPRESSION) DANS LA DURÉE SELON L'HÔPITAL, VALEURS MOYENNES DES COLLECTIFS DE PATIENTS SUR L'ÉCHELLE GDS-5



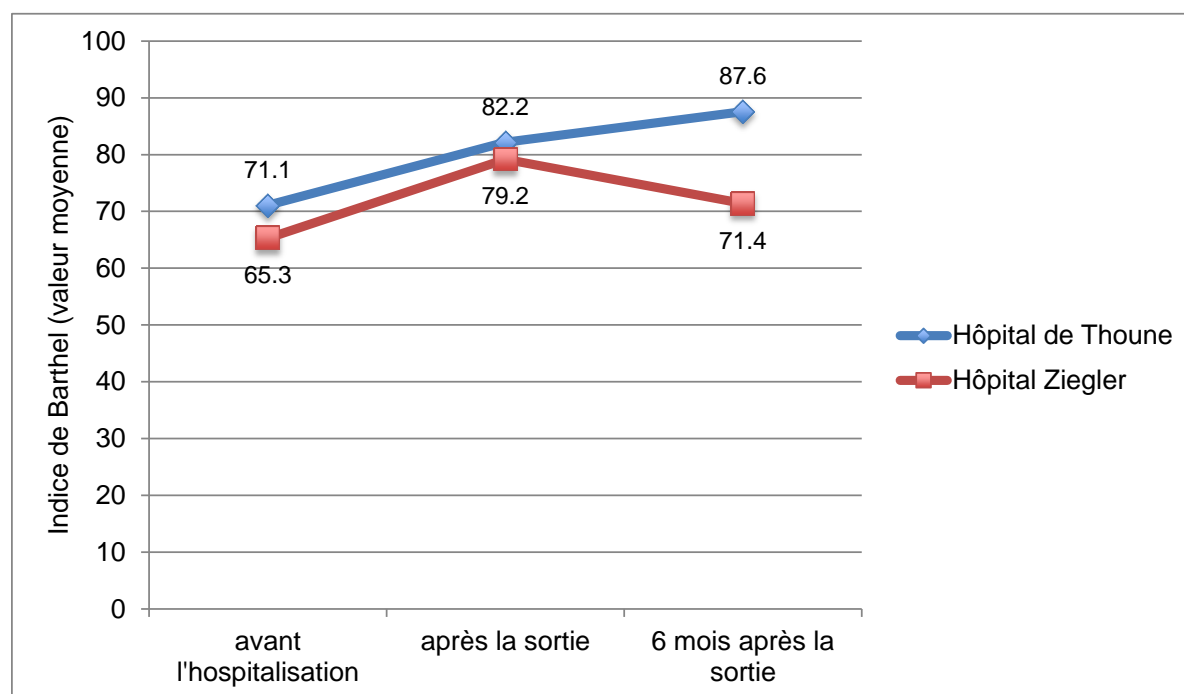
Le risque de **malnutrition** a évolué uniquement chez les patients de l'hôpital de Thoun. Chez les patients à haut risque (3 points et plus), les valeurs moyennes et médianes et les fréquences ont diminué dès l'entrée à l'hôpital et ont continué de baisser jusqu'à six mois après la sortie. Chez les patients de l'hôpital Ziegler, le risque moyen et la part des cas à haut risque ont reculé pendant le séjour à l'hôpital, mais six mois après la sortie, la part des patients à haut risque était plus élevée qu'au moment de l'admission à l'hôpital.

FIGURE 6 : ÉTAT NUTRITIONNEL (RISQUE DE MALNUTRITION) CONSIDÉRÉ DANS LA DURÉE, EN POUR CENT DES PERSONNES À HAUT RISQUE DE MALNUTRITION (3 POINTS ET PUS SELON LE NUTRITIONNEL RISK SCREENING)



Sont considérées comme **autonomes dans les activités quotidiennes** les personnes qui totalisent au moins 70 points dans le test de Barthel. A leur admission à l'hôpital, la moitié des patients étaient autonomes (valeur moyenne 69,8 points, médiane 70 points), avec toutefois de fortes disparités entre les deux collectifs. Au moment de leur hospitalisation, les patients de l'hôpital Ziegler présentaient un indice de Barthel moyen de 65,3 et un indice médian de 70 points. L'écart entre la valeur moyenne et médiane suggère que le collectif en question comptait un petit nombre de personnes avec un très faible score, autrement dit des personnes avec un degré important de dépendance aux soins. L'indice de Barthel moyen, ainsi que la médiane, a progressé jusqu'à la sortie pour atteindre respectivement 79,2 et 85 points et retomber six mois plus tard à 71,4 et 70 points. Une grande partie de l'autonomie récupérée pendant le traitement hospitalier s'est donc progressivement érodée après le retour à la maison.

FIGURE 7 : ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE AVANT L'HOSPITALISATION ET DANS LES SIX MOIS SUIVANTS, VALEURS MOYENNES DES COLLECTIFS DE PATIENTS SELON L'INDICE DE BARTHEL



Le tableau est différent pour les patients de l'hôpital de Thoune. Dans leur cas, l'indice de Barthel moyen et médian s'est établi à 71 et 70 points respectivement au moment de leur entrée à l'hôpital, pour passer à 82,2 et 90 points à leur sortie et reculer ensuite à 87,6 et 95 points après six mois. Pendant l'hospitalisation, l'indice de Barthel moyen du collectif de l'hôpital Ziegler a progressé légèrement plus que celui de l'hôpital de Thoune.

Prestations et coûts

Constat principal : par rapport à l'hôpital de Thoune, l'hôpital Ziegler se distingue par des coûts d'hospitalisation supérieurs, un taux de réadmission plus important, mais aussi par une moindre fréquence des traitements de suivi en mode résidentiel.

Comme indiqué au chapitre consacré aux méthodes, il n'a pas été possible d'établir une analyse comparative détaillée des prestations et des coûts de traitement. Mais en mettant

en relation les données relatives aux prestations et les frais de traitements, les auteurs ont réussi en partie à dresser un tableau quantitatif des coûts.

La mise en place de personnes de référence (coaches) pour les patients a coûté en moyenne 311,71 francs par patient, soit un total de 61 719 francs pour l'essai pilote à l'hôpital de Thoune. L'hôpital Ziegler n'a pas généré de tels coûts.

Les patients ont séjourné en moyenne 14,1 jours à l'hôpital. Le séjour le plus court a duré 4 jours, le plus long 79 jours. Ici encore, on note d'importants contrastes entre les deux établissements, les patients de l'hôpital Ziegler ayant été hospitalisés en moyenne 6,4 jours de plus (+ 50%) que ceux de l'hôpital de Thoune.

Le tableau est similaire pour le paramètre des réhospitalisations. Les patients de l'hôpital Ziegler ont été plus souvent réadmis à l'hôpital que ceux de l'hôpital de Thoune (+83%). Dans le collectif des 57 patients de l'hôpital Ziegler, on a recensé 45 réhospitalisations (0,79 par patient), alors que dans le groupe des 199 patients de l'hôpital de Thoune, on ne dénombrait que 86 réadmissions (0,43 par patient).

Les coûts des prestations fournies dans les six mois qui ont suivi la sortie d'hôpital n'ont pu être chiffrés avec exactitude. L'étude a néanmoins mis en évidence les éléments suivants en vue de l'analyse comparative : 22% des patients ont été directement transférés dans une institution résidentielle, mais ce transfert ne concernait que 6% du collectif de l'hôpital Ziegler, contre 26% de celui de l'hôpital de Thoune. Pour le reste, il n'a pas été constaté d'autres différences entre les deux établissements.

Bilan des résultats quantitatifs

Le tableau 1 présente une synthèse des résultats quantitatifs de l'essai pilote. Pour trois des cinq indicateurs de l'état de santé mesurés (réhospitalisation, risque de dépression, activités de la vie quotidienne), on observe une évolution plus favorable dans les soins gériatriques intégrés à l'hôpital de Thoune que dans la prise en charge de la clinique gériatrique universitaire de l'hôpital Ziegler. Pour deux indicateurs considérés (état nutritionnel ou risque de malnutrition et situation de logement), les valeurs des patients de l'hôpital de Thoune n'ont égalé celles des patients de l'hôpital Ziegler qu'au bout de six mois après leur sortie d'hôpital. Tout bien considéré, les mesures engagées à l'hôpital de Thoune ont permis d'améliorer la qualité de la prise en charge hospitalière des patients âgés, mais pas sur tous les plans. On soulignera en particulier les progrès enregistrés au niveau de l'état de santé et de la situation de logement de ces patients six mois après leur sortie de l'hôpital : ils avaient gagné en autonomie et en qualité de vie, contrairement à ceux de l'hôpital Ziegler.

Pour les raisons mentionnées plus haut, il n'a pas été possible de quantifier la rentabilité des soins intégrés. Une appréciation qualitative à l'aide des indicateurs disponibles a néanmoins mis en évidence une série de bénéfices, notamment un raccourcissement de la durée de séjour et une moindre fréquence de réhospitalisation. Les transferts directs en clinique de réadaptation ou dans d'autres institutions représentaient certes un réel facteur de coûts, mais avec une série d'avantages à la clé, notamment une meilleure autonomie, un moindre taux de réhospitalisation et une entrée plus tardive dans une institution de long séjour.

TABLEAU 1 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS QUANTITATIFS DE L'ESSAI PILOTE

Critère	Soins intégrés (hôpital de Thoune)	Soins standard (hôpital Ziegler)	Comparaison	Bilan des soins intégrés
Aspects d'ordre sanitaire				
- Logement (vit à la maison)				
Au sortir de l'hôpital	65%	91%	- 26% (sig.)	●●
6 mois après la sortie	72%	64%	≈ (n.s.)	●●
- Indice de Barthel [AVQ] (valeur moyenne, max. 100 pts)				
Après la sortie	82.2	79.2	≈ (n.s.)	●●
6 mois après la sortie	87.6	71.4	+ 16.2 (sig.)	●●●
- Dépression (2-5 pts : risque accru)				
Après la sortie	16%	28%	≈ (n.s.)	●●
6 mois après la sortie	32%	60%	+ 28% (sig.)	●●●
- Malnutrition (3-5 pts : risque important)				
Après la sortie	44%	20%	- 24% (sig.)	●●●
6 mois après la sortie	27%	26%	≈ (n.s.)	●●
- Réhospitalisations (nombre pour 100 patients)				
6 mois après la sortie	43	79	+ 36/100 (sig.)	●●●
- Mortalité (% de décès depuis l'admission)				
Jusqu'à 6 mois après la sortie	16%	11%	≈ (n.s.)	●●
Aspects économiques (prestations et coûts)				
- Durée du séjour	12.7 jours	19.1 jours	- 6.4 jours	●●●
- Soins intégrés : coach	CHF 312 /pat.	aucun	surcoûts	●
- Réhospitalisations	43 /100 pat.	79 /100 pat.	-36/100 pat.	●●
- Transfert direct dans une institution	26%	6%	surcoûts	●●
- Prestations d'aide après la sortie	70% env.	70% env.	≈	●●
Rapport résultats-investissement				
Légende : ● Avantage des soins intégrés ● Avantage des soins standard ≈ (n.s.) : aucune différence statistiquement significative (sig.) : différence statistiquement significative				

Résultats qualitatifs

Le présent volet du rapport s'attache à exposer, à travers le regard des personnes concernées et des spécialistes, les facteurs qui favorisent ou freinent l'intégration des soins en gériatrie ainsi que les conditions structurelles et institutionnelles que cette intégration requiert. Il s'intéresse aussi à la manière dont les médias du pays rendent compte de cette thématique et présente les éléments tirés de la littérature scientifique internationale que l'on pourrait mettre à profit en Suisse.

Les soins intégrés du point de vue des patients et de leur famille

Constat principal : l'autonomie constitue une préoccupation fondamentale des patients et des patientes. A leur sens, l'existence d'un interlocuteur fixe disponible est un réel facteur bénéfique. Ils accordent de même une grande importance aux conditions institutionnelles et privilégient en particulier la compétence et l'attention des professionnels, ainsi que les offres de proximité. Ces priorités valent aussi bien pour les soins intégrés que pour le système des soins en général. Quant aux proches, ils se sont limités à mentionner des éléments défavorables en soulignant que les patients ne les reconnaissent pas comme interlocuteurs valables, que leur participation aux décisions est difficile et que leur situation de proche aidant est astringente.

Besoins des patients

Préserver leur autonomie est le souci majeur des patients et patientes interrogés. Chez les patients âgés, cette préoccupation est telle qu'ils refusent de voir les difficultés éprouvées au quotidien quand leurs capacités physiques et cognitives diminuent. Au chapitre des soins hospitaliers, les exigences des intéressés ont considérablement augmenté ces dernières années et, aux dires des fournisseurs de prestations, elles dépassent bien souvent les possibilités existantes. Aux yeux des patients, les compétences des médecins et du personnel soignant forment un critère essentiel de la qualité des soins, critère qu'ils jugent d'ailleurs insuffisamment respecté. Mais les facteurs immatériels, tels l'estime, la confiance ou l'attention, ne sont pas moins importants pour eux. Ils déplorent l'absence d'une personne de référence présente et l'insécurité découlant de la rotation du personnel.

Les patients interrogés sont nombreux à évoquer les problèmes en lien avec la sortie d'hôpital. Ils regrettent notamment que les dates de sortie leur soient communiquées au dernier moment, une critique qui se rapporte aux soins hospitaliers en général et ne se limite pas aux soins intégrés. Pour de multiples raisons, les patients tendent à écarter les propositions de traitement de suivi dans des institutions spécialisées telles que les cliniques de réadaptation ou les maisons de cure, pour privilégier les offres proches de leur domicile ou les traitements ambulatoires à l'hôpital. Confronter les patients à l'éventualité d'un hébergement dans un foyer ou un EMS est toujours délicat et la plupart d'entre eux ont beaucoup de mal à accepter l'idée d'un placement en home ou dans un foyer. Dans bien des cas, cette perspective fait naître des craintes concernant le financement du séjour.

L'évaluation de la prise en charge dans le domaine ambulatoire est variable. Les intéressés privilégient surtout la proximité géographique et les offres de visites à domicile et apprécient surtout la ponctualité et la constance des intervenants. Ils estiment que le médecin traitant, de par ses compétences professionnelles et sa capacité à communiquer, est essentiel à leur bien-être.

Situation de l'entourage

Les proches jouent un rôle d'intermédiaire entre les patients et les professionnels impliqués. Pourtant, leur participation aux processus de décision s'avère difficile, car les patients respectent plus volontiers les soignants et font confiance à leur autorité. La responsabilité dont les proches se sentent investis est parfois trop lourde à porter. Ils disent ressentir de la culpabilité lorsqu'ils pensent avoir pris des décisions allant à l'encontre de la volonté de la patiente ou du patient.

La prise en charge et les soins à un parent bouleversent généralement la vie des proches aidants. Ils doivent faire face à des difficultés de taille lorsqu'une affection grave entraîne d'importants changements de la personnalité de la personne concernée (démence p.ex.) ou qu'ils sont confrontés à des situations de fin de vie.

Concernant l'intervention de prestataires de soins du domaine ambulatoire, il faut veiller à donner aux intéressés au plus tôt une vision réaliste des prestations sur lesquelles ils peuvent compter. La famille apprécie d'une part les contacts directs avec les professionnels concernés et souhaite d'autre part être associée, comme à l'hôpital, aux prises de décision.

Interventions et autres aspects de l'essai pilote

Constat principal : il est permis d'affirmer que les coaches de l'hôpital de Thoune constituent un élément propice à l'intégration des soins. Les proches les considèrent comme de bons interlocuteurs et les spécialistes reconnaissent leur utilité. Au sens de ces personnes de référence, de nombreux facteurs contrecarrent l'intégration des soins, en particulier la durée d'hospitalisation non optimale, la nécessité de soins de suivi en mode résidentiel et ambulatoire, le peu d'attention accordée aux problèmes de santé psychique et la communication insuffisante entre les prestataires. Au chapitre de la cybersanté, elles pointent une série de problèmes, parmi lesquels les lacunes dans l'échange électronique d'informations en dehors des murs de l'hôpital et les craintes liées à la protection des données, ainsi que la moindre disposition au dialogue observée chez les professionnels.

Les coaches de l'hôpital de Thoune

L'évaluation des prestations des coaches de l'hôpital de Thoune est un exercice complexe. De manière générale, les coaches⁴ jouent un rôle essentiel et assurent une gestion efficace des patients, par quoi il faut comprendre une durée de séjour optimale ou l'élimination des temps d'attente en interne. Aux yeux de certains prestataires du domaine ambulatoire, les coaches gèrent mieux les sorties que les médecins assistants. Bien qu'on leur attribue une fonction d'interlocuteur, les patients cherchent plus volontiers le contact avec le personnel soignant. Au sein de l'hôpital, on assiste également à un déplacement des rôles en ce sens que certaines tâches dévolues dans d'autres hôpitaux aux soignants ou aux médecins assistants sont passées à Thoune dans le champ d'activité des coaches. Ces derniers admettent se trouver parfois placés devant un dilemme, puisqu'ils sont censés être les interlocuteurs des patients et les porte-parole de leurs besoins, mais doivent aussi défendre les intérêts de l'hôpital.

Les proches apprécient l'accompagnement assuré par le coach pendant toute la durée de l'hospitalisation. Ils disent disposer ainsi d'un interlocuteur clairement désigné dans l'univers hospitalier. Mais ils ont conscience que les coaches sont très occupés, si bien que

⁴ Les coaches sont des infirmières et infirmiers travaillant comme gestionnaires de cas.

les contacts se limitent parfois à quelques rencontres fortuites. Nombreuses sont les personnes interrogées qui estiment que la préparation de la sortie, c'est-à-dire la recherche de solutions de suivi appropriées et la transmission des informations correspondantes, leur est d'une grande aide.

Les intéressés n'ont que rarement fait appel aux coaches dans les six mois qui ont suivi la sortie d'hôpital. Ceux qui ont pris contact avec eux étaient généralement des patients vivant seuls qui souhaitaient se renseigner à propos de la médication ou des assurances ou encore des proches vivant en dehors de Thounne qui désiraient connaître l'offre de services dans leur région. Pour les personnes interrogées, il apparaît judicieux que les coaches rattachés à l'hôpital assurent un suivi au-delà du séjour hospitalier proprement dit.

« Question : Et est-ce que vous avez apprécié d'avoir eu quelqu'un à vos côtés ?

Réponse : Oui, beaucoup, vraiment beaucoup. Et j'ai trouvé super d'avoir encore une interlocutrice presque six mois après avoir quitté l'hôpital. C'était vraiment formidable, je dois le dire. Et c'est quelqu'un de sympathique, cette coach, c'est important de le dire aussi. J'étais très satisfaite. J'étais contente et je savais que je pouvais l'appeler au moindre problème. C'était pour moi essentiel. » (A3PT2 ; 3:141)

Les spécialistes doutent de l'utilité du suivi mis en place dans l'essai pilote estimant que le laps de temps entre la sortie d'hôpital et la première prise de contact est trop long. Il importe selon eux d'assurer un suivi serré dans les premiers temps, afin de garantir un passage en douceur vers le domaine ambulatoire. On remet aussi en question l'utilité d'un contact téléphonique, considérant que seules des visites à domicile permettent de se faire une juste idée de la situation. Mais les spécialistes relèvent aussi de nombreux points positifs. A leur avis, le fait d'aborder les problèmes de financement des soins ou plus généralement les questions administratives au moment de la prise de contact pourrait avoir un effet préventif, puisqu'il est ainsi possible de venir en aide aux patients dépassés par leur situation. Cela implique un renversement des rôles, en ce sens que ce serait alors au coach de se mettre régulièrement en contact avec les patients plutôt qu'au patient de décrocher le téléphone en cas de besoin. Cette démarche proactive a des chances de soulager les patients et d'exercer un effet social bienvenu.

Cybersanté

Les deux hôpitaux considérés se sont dotés d'un système d'information clinique qui assure des échanges rapides à l'interne en faisant l'économie des contacts personnels directs. Mais expérience faite, plusieurs spécialistes interrogés considèrent qu'à ce jour ce système n'a pas réussi à remplacer les échanges en tête à tête. L'hôpital de Thounne a en outre adopté un système de questions qui raccourcit encore les voies de communication. Ainsi les professionnels de tous les secteurs peuvent adresser des questions au bureau central de coordination, c'est-à-dire au coach. Quant à l'échange d'information électronique par-delà les murs de l'hôpital, il se heurte à une série d'obstacles, à commencer par la multiplicité des structures de cybersanté des médecins traitants, les coûts élevés d'implémentation du système et à des problèmes relevant de la protection des données.

Parcours de soins

Certains prestataires de soins estiment que la durée d'hospitalisation ne correspond souvent plus à la durée optimale de traitement et de prise en charge. Du coup, on dispose de moins de temps pour préparer la sortie des patients dans les meilleures conditions et pour prendre les dispositions nécessaires (p.ex. vérifier si leur appartement est adapté aux fauteuils roulants). D'autre part, il faut dans ces circonstances diriger les personnes les plus fragiles vers des institutions de suivi ou vers le secteur ambulatoire.

De manière générale, les intervenants tardent à envisager un placement dans une institution psychiatrique et ne se tournent vers cette solution que lorsque le patient ou la patiente présente une symptomatologie grave ou complexe. Aussi bien les médecins que les patients et leur famille considèrent la psychiatrie comme une solution de dernier recours. Relevons cependant que le taux de transfert dans ce type d'institutions dépend notamment du degré de notoriété de certaines offres, par exemple les tests de démence réalisés dans les cliniques de la mémoire.

Le recours aux soins à domicile s'organise généralement à l'hôpital lorsque le patient a été hospitalisé ou à travers les contacts que celui-ci a déjà eus avec les services d'aide ménagère. Ainsi, ce sont essentiellement les patients qui décident de recourir ou non à ces services. Outre les contacts préalablement établis avec ces services, la disposition à accepter des soins et les ressources de la famille sont déterminantes à cet égard. Les services de bénévoles sont souvent utiles pour soulager les proches, qui prennent généralement l'initiative de les contacter.

Interfaces

Concernant le passage au domaine ambulatoire, on relève des déficits dans les processus d'information et d'organisation qui expliquent les transferts non optimaux. D'après les expériences des acteurs du maintien à domicile, les problèmes se situent déjà au niveau des procédures d'inscription. Ainsi déplore-t-on que les inscriptions et désinscriptions s'effectuent à brève échéance, quand on n'oublie pas franchement d'annoncer les sorties d'hôpital. Les services de maintien à domicile souhaiteraient pouvoir s'adresser à un interlocuteur défini, lequel pourrait être rattaché à l'hôpital.

De nombreux fournisseurs de prestations ambulatoires regrettent que l'on tienne trop peu compte de l'environnement domestique des patients (situation de logement, apport des proches, voisinage) dans les processus de décision.

La question des conditions de logement à la sortie de l'hôpital, en particulier en cas de retour à la maison, est très conflictuelle dans le cas des personnes non complètement autonomes du fait des intérêts divergents en présence. Lors des sorties d'hôpital, on cherche surtout à sécuriser les processus d'information. Dans la plupart des établissements hospitaliers, l'organisation de la sortie est du ressort des services sociaux internes, mais cette tâche peut être confiée à d'autres acteurs. A l'hôpital de Thoun, ce sont les coaches qui en sont chargés. A l'hôpital Ziegler, selon que le patient est dirigé vers une prise en charge ambulatoire ou résidentielle, l'organisation de la sortie incombe soit au service social de l'hôpital, soit aux soins. De l'avis de nombreuses personnes interrogées, la qualité du travail en réseau et de la collaboration aux différentes interfaces est garante de la qualité et de l'efficacité des soins. Les spécialistes ne conseillent pas pour autant de réglementer cette collaboration, mentionnant comme obstacles au développement d'une culture de coopération le travail dans l'urgence qui est courant dans le système de santé, les structures de rotation établies en milieu hospitalier ainsi que les conflits de mentalités et d'approches qui opposent les différents groupes professionnels.

De l'avis des acteurs impliqués, la gestion des cas devrait surtout consister à entretenir des contacts avec les patients et leurs proches. Cela implique une évaluation régulière des besoins, ainsi que la création et la coordination d'un réseau de soins et de prise en charge. Dans la mesure du possible, il faut laisser aux patients et à leur entourage le soin de gérer leur cas et ne déléguer cette tâche à d'autres prestataires que si les principaux intéressés en font la demande. Le médecin de famille figure généralement parmi les personnes de

confiance par excellence, ce qui le prédestine en quelque sorte à assurer la gestion du cas. La réalité actuelle est cependant tout autre. De l'avis des personnes interrogées, il serait problématique, voire inadéquat de confier ce rôle aux caisses-maladie, aux services de soins ou à Pro Senectute.

Les soins intégrés en gériatrie du point de vue des spécialistes

Constat principal : les spécialistes ont énuméré une série de conditions institutionnelles supposées freiner ou favoriser les soins intégrés. Ils citent ici principalement le système de rémunération qu'ils estiment non adapté aux soins intégrés. Les formes organisées de prise en charge sont généralement considérées plus utiles dans le secteur ambulatoire que dans le secteur résidentiel. Les spécialistes escomptent certes un bénéfice supérieur de l'intégration des soins. Mais faute d'une compréhension commune des soins intégrés, on ne sait pas exactement ce que chacun entend par prise en charge organisée, ni pour quelle raison il faudrait en exclure le secteur résidentiel.

Le présent chapitre se borne à rendre compte de l'avis des spécialistes interrogés. Pour ces derniers, les soins intégrés sont en général synonymes d'une collaboration interdisciplinaire entre les différents prestataires. Si l'on distingue quelques éléments de convergence au fil des interviews, les modèles auxquels se réfèrent les experts varient sensiblement dans le détail.

La mise en œuvre des soins intégrés doit passer par quelques changements fondamentaux dans le système de santé, ce qui exigerait un consensus de fond sur les trois points suivants au moins :

- le développement d'une culture de la coopération au sein des différentes institutions et aux interfaces avec les structures extérieures ;
- un pilotage par le biais des flux financiers (financement de départ, systèmes d'incitations appropriés, p.ex.)
- la prise en compte des spécificités régionales, mais aussi des composantes historiques des différentes structures.

Opter pour une chaîne de soins intégrés suppose une solide connaissance des prestations offertes par les autres acteurs. Selon les spécialistes, on ne saurait parler de soins intégrés en l'absence d'un mode de prise en charge coopératif au point de jonction avec le domaine ambulatoire. Aujourd'hui, disent-ils, les professionnels agissent de manière plus ou moins autonome à partir de leurs cabinets individuels ou au sein d'organisations peu structurées.

La coexistence de plusieurs modes de rémunération dans le système actuel crée des incitations inopportunes, puisque la plupart des institutions sont soumises aux impératifs d'une gestion économique et cherchent donc à maximiser les gains à court terme. Le système des forfaits par cas les incite à fournir le moins de prestations possibles, si bien que les hôpitaux ont tout intérêt à proposer et à vendre des prestations en ambulatoire, pour profiter du système de remboursement à l'acte («fee-for-service»).

« (...) En définitive le remboursement devrait être lui aussi intégré. Les systèmes séparés – DRG pour les prestations hospitalières, rémunération à l'acte pour les prestations ambulatoires – représentent un véritable 'choc des cultures'. Ces deux systèmes de rémunération n'ont rien à voir l'un avec l'autre et on entend pourtant les maintenir en parallèle, ça ne peut pas fonctionner. On s'aperçoit que face à cette pression, les hôpitaux s'équipent dans l'ambulatoire. Leur choix est tout à fait judicieux d'un point de vue économique, mais sous l'angle des soins, c'est une totale absurdité.

On ne peut rien dénoncer de précis, la seule chose que l'on peut blâmer c'est l'incohérence de la situation. (...) » (WE, 1:49)

Dépasser la compartimentation actuelle doit faire partie des objectifs des soins intégrés, en précisant qu'il convient de prévoir une rémunération spécifique pour les tâches de coordination. Vu la grande diversité des soins dans le canton de Berne, il faudra aussi, d'après une spécialiste consultée, prendre en compte les structures régionales, autrement dit développer les soins intégrés en fonction des différents contextes. Avec la répartition inégale de l'offre de soins, il est par exemple difficile d'envisager une mise en réseau dans les régions rurales qui comptent peu de prestataires de santé.

Les difficultés aux interfaces peuvent avoir pour effet que chaque prestation est fournie de manière isolée, y compris à l'intérieur d'un même hôpital. Cette compartimentation se trouve favorisée par des cultures professionnelles solidement enracinées ou par la spécialisation poussée de la médecine. De l'avis d'un expert, l'approche corporatiste risque de conduire certains fournisseurs de prestations à agir en fonction de leurs intérêts propres de crainte de perdre des clients et de ne pas tenir compte des intérêts des patients. Reste que le comportement de ces derniers n'est pas étranger non plus à la situation actuelle. Ne dit-on pas qu'ils sont aujourd'hui de plus en plus éclairés et qu'ils ont des exigences accrues, sans parler de la perte d'autorité des médecins auprès d'eux. Ainsi peut-on aisément imaginer qu'un libre « tourisme médical » fasse exploser les coûts. Mais il est vrai également que le haut degré de spécialisation de la médecine encourage la recherche onéreuse et non coordonnée de seconds avis.

En ce qui concerne la coordination des prestations, les spécialistes estiment que le potentiel existe surtout dans les soins aux personnes âgées. Plus les acteurs impliqués sont nombreux, plus la coordination des processus donne à faire. Les soins intégrés comporteraient donc de nombreux atouts dans la prise en charge des aînés. Voici ce qu'en dit un spécialiste :

« Le potentiel des soins intégrés est réel et cela vaut plus encore pour les malades chroniques, parce qu'une certaine coordination est absolument nécessaire dans ces situations. » (EF3 ; 3:128)

Les personnes interrogées apportent peu de solutions aux problèmes soulevés. Elles se bornent généralement à préconiser une approche globale, ce qui représente une difficulté majeure compte tenu de la multitude de prestataires impliqués. Enfin, les spécialistes estiment que les deux principaux éléments du modèle « managed care » se résument à la responsabilité budgétaire et au système des forfaits par personne.

Les réseaux de médecins constituent un modèle très répandu qui s'inspire des soins intégrés. Certains protagonistes, à commencer par les exploitants de ces réseaux, ont tôt fait de les assimiler aux soins intégrés, alors que plupart des spécialistes s'accordent à dire qu'il faut plus qu'un réseau pour parvenir à un système intégratif et qu'il faudrait y associer plus étroitement d'autres prestataires de la santé, en particulier sur l'axe vertical. D'aucuns craignent aussi que les réseaux de médecins existants viennent contrecarrer la mise en place de modèles différents de soins intégrés.

« Jusqu'à un certain degré, je crois que c'est vrai. Les réseaux de médecins n'ont-ils pas proclamé : 'Nous n'avons pas besoin de ces soins intégrés. Nous avons déjà tout. Il suffit de vous affilier à notre réseau et le problème sera résolu.' Il y a des chances que cette position tue un principe fondamental des soins intégrés, à savoir la coexistence de différents modèles (...). » (OEH3 ; 3:35)

Comptes rendus des médias

Constat principal : avant la réalisation de l'essai pilote, les médias ont traité l'intégration des soins en gériatrie exclusivement en lien avec la planification (hospitalière) des soins et le rapport sur la politique du 3^e âge. Et la seule information dont la presse s'est fait l'écho au sujet de l'essai pilote lui-même est le vote des crédits alloués à cette entreprise.

Dans le canton de Berne et en Suisse alémanique, les médias ont accordé en 2011-2012 une plus large place aux soins intégrés, mais uniquement dans le contexte du référendum contre la révision de la loi sur les caisses-maladie, laquelle renfermait des dispositions légales sur le managed care⁵. Ils se sont très peu intéressés aux autres aspects des soins intégrés. Dans la presse écrite, on trouve quelques articles portant sur deux aspects intéressants liés à la *Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers 2007-2010* et au *Rapport 2011 sur la politique du 3e âge dans le canton de Berne*, où il est rendu compte de la stratégie de soins gériatriques et de sa mise en œuvre. En 2012 a paru un article qui présentait les cabinets médicaux en zone rurale comme un modèle d'avenir et prônait une collaboration plus étroite entre les médecins de famille, les pharmacies et les hôpitaux régionaux, y voyant un possible pilier de l'intégration des soins. L'unique information autour de l'essai pilote concernait l'approbation des crédits en 2011.

Les sujets les plus fréquemment traités dans la période sous revue sont les hausses de prime des caisses-maladie et les moyens d'économiser sur les primes en changeant de caisse. Les médias se sont aussi penchés sur la planification des soins hospitaliers et sa mise en œuvre, en braquant leurs projecteurs sur les mesures de restructuration (fermeture de certaines unités ou de sites hospitaliers), mais aussi sur les mesures d'économie du canton en 2013. Ils se sont en outre intéressés aux services de maintien à domicile, et plus particulièrement au regroupement de certains services, et à la participation aux coûts des patients. Ils ont aussi abordé la thématique du bénévolat.

Les médias se sont très peu intéressés aux patients et à leurs proches, préférant se concentrer sur les acteurs du système de santé.

Littérature scientifique internationale

Constat principal : on ne trouve dans la littérature internationale aucun programme ni modèle de soins gériatriques intégrés directement transposable en Suisse. Dans l'idée de s'inspirer des bonnes pratiques du monde entier, on peut néanmoins dégager des multiples approches théoriques existantes une série d'éléments pour les adapter aux réalités du canton de Berne.

La littérature scientifique internationale ne renferme pas de programmes ni de modèles de soins intégrés aisément transposables en Suisse, car les systèmes de soins et le cadre légal varient trop fortement d'un pays à l'autre. En revanche, on peut y déceler une série de facteurs de succès et d'éléments positifs récurrents :

- les modèles de soins intégrés donnent généralement des résultats positifs ;
- le pilotage centralisé de l'intégration des soins s'avère une option judicieuse ;
- des soignants spécialement formés sont aptes à assumer des tâches (de routine) spécifiques à moindre coût tout en assurant des prestations de qualité ;
- le recours accru à la cybersanté dans le strict respect de la protection des personnes et des données apparaît incontournable ;

⁵ Le projet a été refusé le 17 juin 2012 surtout parce qu'il prévoyait un modèle de participation aux coûts différencié.

- des éléments d'incitation sont nécessaires aux interfaces pour garantir des approches peu coûteuses.

Le modèle étendu de soins pour malades chroniques (Expanded Chronic Care Model [ECCM]) tient lieu de socle théorique pour l'aménagement et l'analyse de l'efficacité de ces soins. Son utilité est suffisamment démontrée, tant par rapport aux processus de prise en charge qu'au niveau des résultats médicaux.

Bilan des résultats qualitatifs

Le tableau 2 présente sous une forme synthétique les facteurs qui favorisent ou qui entravent l'intégration des soins ainsi que les conditions structurelles et institutionnelles requises pour la mener à bien.

Un consensus politique s'est dégagé en Suisse autour de la nécessité d'améliorer la collaboration et la coordination des acteurs du système de santé. Les avis divergent quant aux moyens à mettre en œuvre et la littérature internationale ne livre ici aucun programme ou modèle de soins gériatriques intégrés que l'on pourrait reprendre tel quel. L'essai pilote a mis en évidence les conditions institutionnelles nécessaires à l'intégration ainsi que les facteurs qui la favorisent ou la ralentissent.

Parmi les principaux éléments qui favorisent les soins intégrés, il faut nommer les coaches et les formes organisées de prise en charge du secteur ambulatoire. Les coaches de l'hôpital de Thoun sont responsables de la gestion des processus à l'intérieur de l'hôpital, de la gestion des sorties et du suivi des patients qui ont regagné leur domicile. Les proches de ces patients les apprécient comme des interlocuteurs de qualité et leur utilité est aussi reconnue par les spécialistes. En l'absence d'une vision commune des soins intégrés, il reste à définir en quoi consistent les soins organisés et quelle fonction doit revenir aux coaches. Les personnes interrogées ont à cet égard des conceptions diverses.

L'existence d'offres de proximité est une condition essentielle pour les intéressés, qu'il s'agisse de soins intégrés ou de soins conventionnels. Dans ce sens, la centralisation des soins est plutôt perçue comme un obstacle.

Au nombre des principaux freins à l'intégration des soins, il y a lieu de relever les attentes excessives envers la famille, le manque de coopération aux interfaces et les difficultés dans l'application des éléments de la cybersanté. Les personnes qui s'occupent d'un membre de leur famille sont exposées à beaucoup de contraintes et ne sont pas suffisamment associées aux processus de décision. Le mode de transfert vers d'autres prestataires de la prise en charge de suivi et le manque d'informations autour de cette étape s'opposent aujourd'hui à une bonne collaboration entre les différents protagonistes, surtout à l'interface entre soins hospitaliers et soins ambulatoires. En plus de la protection des données et de la sécurité, le développement de la cybersanté doit aussi prendre en compte la manière dont les professionnels échangent des informations et forment leur opinion pour pouvoir dissiper les craintes qui se font jour de voir la communication électronique remplacer les échanges personnels.

TABLEAU 2 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS QUALITATIFS DE L'ESSAI PILOTE

Thème	Critère	Effet	Evaluation
Besoins des patients	Personnel compétent et attentionné	paramètre institutionnel	↓↑
	Interlocuteur fixe et disponible	facteur favorable	↓↑
	Offres proches du domicile	facteur défavorable	↑↑
Besoins des proches	Participation aux décisions délicates	facteur défavorable	↓
	Contraintes liées à la prise en charge d'un parent	facteur défavorable	↓↓
Coaches (Thoune)	Pas reconnus en tant qu'interlocuteurs par le patient	facteur défavorable	↓
	Reconnus comme interlocuteurs de qualité par les proches	facteur favorable	↑↑
	Reconnus comme utiles par les spécialistes	facteur favorable	↑
Parcours de soins	Durée d'hospitalisation non optimale (plutôt trop brève)	facteur défavorable	↓
	Nécessité de soins de suivi en mode résidentiel ou ambulatoire après la sortie d'hôpital	facteur défavorable	↓↑
	Trop faible prise en compte des problèmes de santé psychiatriques	facteur défavorable	↓
Collaboration aux interfaces	Transmission et circulation des informations problématique ou lacunaire	paramètre inhibant	↓↓
Cybersanté	Les systèmes d'information ne remplacent pas les échanges directs entre professionnels	facteur défavorable	↓↓
Cadre général des soins intégrés	Absence d'une conception commune parmi les spécialistes	paramètre institutionnel	↓↑
	Formes organisées de prise en charge dans le secteur ambulatoire jugées plutôt utiles	paramètre institutionnel	↑↑
	Systèmes de rémunération actuels jugés inappropriés	paramètre institutionnel	↓↓↓
	Grand bénéfice attendu des soins intégrés	facteur favorable	↑

Légende : ↑ important facteur favorable ↓ important facteur défavorable

De l'avis des experts consultés, le principal obstacle à l'intégration des soins réside dans l'actuel système de rémunération, que l'on juge inapproprié. Un remaniement du système, même sans nouveau régime de financement, exigerait des modifications de la loi au plan fédéral. Un tel processus, qui exigerait beaucoup de temps et de moyens, ferait cependant sens dans une perspective de santé publique, car les experts escomptent un plus grand bénéfice des soins intégrés que des soins traditionnels.

Conclusions

L'essai pilote n'avait pas pour but de tester une stratégie de soins intégrés largement conforme à la définition de la SAP. Son objectif consistait plutôt à déterminer si une nouvelle approche de l'intégration des soins gériatriques hospitaliers est propre à améliorer la qualité de ces soins dans la pratique clinique quotidienne et à identifier le cas échéant les conditions et paramètres qui favorisent ou qui entravent sa mise en œuvre.

Potentiel d'amélioration des soins gériatriques

- L'essai pilote a démontré que les soins gériatriques intégrés ont réussi, à l'hôpital de Thouné, à améliorer à beaucoup d'égards la qualité de vie des personnes âgées, mais pas sur tous les plans. Il est à noter que l'état de santé et la situation de logement des patients étudiés a continué de s'améliorer dans les six mois qui ont suivi leur sortie d'hôpital. Une évaluation qualitative de la rentabilité à l'aide des indicateurs disponibles a mis en évidence une série d'avantages, notamment une diminution de la durée des séjours et un moindre taux de réhospitalisation, mais aussi quelques éléments moins réjouissants comme la fréquence accrue des transferts directs vers des cliniques de réadaptation ou d'autres institutions à caractère résidentiel.
- Les mécanismes à l'œuvre dans cet essai restent encore inexpliqués. On peut supposer, mais cela reste à prouver, que les progrès observés sont le fait de l'équipe interprofessionnelle et des coaches. Bien d'autres facteurs pourraient toutefois avoir contribué à ces résultats, en particulier le soutien assuré par le filet social, les traitements en mode résidentiel ou ambulatoire prodigués après l'hospitalisation ou encore d'autres aspects médicaux ou organisationnels propres à la gestion des patients pratiquée à l'hôpital de Thouné. L'analyse des parcours de soins a mis en lumière une stratégie de prise en charge médicale axée sur l'efficacité des ressources et sur la coopération dans la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital pilote. La chaîne comprend les étapes suivantes : admission pour un problème de santé aigu, bref séjour en unité de soins aigus, retour à domicile assorti de soins ambulatoires ou transfert dans une unité de soins post-aigus, dans une clinique de réadaptation ou une maison de cure pour améliorer l'état de santé avant le retour à la maison. On distingue une autre stratégie de prise en charge gériatrique universitaire dans l'hôpital de référence : admission programmée en raison de problèmes de santé de longue durée, long séjour en soins aigus, retour à la maison avec soins ambulatoires.
- Les intéressés ont exprimé des besoins qu'il n'a pas été possible de satisfaire pleinement dans le cadre des soins intégrés instaurés dans l'essai pilote et qui portent essentiellement sur la préservation de l'autonomie et sur les délais. Les patients regrettent notamment que certains événements ou les changements dans la structure journalière leur soient communiqués tardivement. Les patients sont si soucieux de préserver leur autonomie qu'ils en viennent à refuser des séjours en établissement de réadaptation ou en maison de cure pour privilégier les offres en mode ambulatoire.
- Il existe pour le groupe de patients considérés dans l'étude un grand potentiel d'intégration des soins, qui consiste à renforcer la prise en charge globale après l'hospitalisation en mettant l'accent sur la continuité des soins et en portant une attention particulière à la situation psychosociale des patients de retour à la maison ou dirigés vers un traitement résidentiel de suivi.

Rôle des équipes interprofessionnelles et des coaches

- Les équipes interprofessionnelles (appelées aussi tables rondes, réunions de bilan, discussions de cas ou séances de coordination des objectifs) responsables de l'organisation des processus le long de la chaîne thérapeutique, garantissent selon les acteurs interrogés la qualité des soins gériatriques. Elles favorisent la circulation de l'information et une bonne coordination dans la répartition des tâches. De plus, elles facilitent les processus de coopération entre les différentes catégories professionnelles et groupes d'intérêts, permettant généralement de planifier soigneusement la sortie d'hôpital.
- A l'heure actuelle, le travail des équipes interprofessionnelles se heurte à plusieurs obstacles. En effet, les réunions de planification et de coordination supposent un énorme investissement en temps, si bien que les équipes sont amenées à traiter les problèmes de façon pragmatique en se centrant sur des patients spécifiques. Les cas « non problématiques » ne sont pas discutés au sein de ces réunions, mais dans des échanges directs entre les parties. Lorsque les discussions ne sont pas planifiées suffisamment à l'avance, les personnes très occupées ou travaillant à mi-temps ne peuvent parfois pas y participer. Il faut donc améliorer l'implication des protagonistes de la médecine de premier recours et de la prise en charge sociale, ce qui devrait pouvoir se faire moyennant une indemnisation financière.
- Selon leur cahier des charges, les coaches sont des gestionnaires de cas. Compte tenu de la grande complexité des tableaux cliniques et du grand nombre de disciplines et d'acteurs impliqués, leur activité peut aussi se comprendre comme une contribution intégrative au service de l'efficacité et de la qualité des soins, en même temps qu'un moyen de prévenir la compartimentation de ces derniers.
- Les coaches jouent un rôle indispensable et exercent de multiples effets bénéfiques sur les processus de coopération entre les prestataires de soins, sur le bien-être et le degré de satisfaction des patients et de leurs proches et agissent aussi favorablement sur la gestion des interfaces vers les solutions de suivi. Faute de témoignages clairs allant dans ce sens, il n'apparaît pas utile de les mobiliser pour chaque personne qui quitte l'hôpital. Leurs services devraient sans doute être réservés aux patients et patientes présentant un profil défini (personnes vivant seules, disposant d'un réseau social restreint ou dont l'entourage est très occupé) pour lesquelles l'accompagnement d'un coach promet d'être bénéfique après la sortie d'hôpital.

Éléments favorisant ou freinant l'intégration

- Pour les acteurs interrogés, les soins intégrés doivent se fonder sur une culture de coopération développée où ne règne aucun esprit de compétition, sur une gestion standardisée des interfaces, sur un pilotage des patients répondant à des critères précis et sur la souplesse de l'ensemble des acteurs.
- La compartimentation qui existe à tous les échelons du système est un obstacle de taille à une intégration cohérente des soins gériatriques. Il convient de la combattre, entre autres au moyen d'incitations financières. La cybersanté représente à cet égard un outil indispensable appelé à jouer un rôle essentiel, même si de nombreuses personnes interrogées estiment qu'il faudrait accorder une plus grande attention à la protection des données.
- Une circulation rapide et complète des informations est essentielle à une bonne collaboration. La discussion commune organisée dans des structures établies forme la composante principale du processus de coopération. Le contact direct ou la connaissance personnelle mutuelle sont aussi vus comme des éléments capitaux.

- Pour garantir des transitions en douceur, il importe de bien informer les intéressés, une démarche qu'une approche systémique des processus ne peut que favoriser.
- Aujourd'hui, la coopération est souvent entravée par la transmission trop tardive ou incomplète des informations, sans oublier qu'à cet égard, les cadres ne montrent pas toujours l'exemple.

Conditions structurelles et institutionnelles

- Les soins gériatriques englobent habituellement des évaluations gériatriques opérées sur la base de critères définis, une implication de l'environnement social, une bonne circulation de l'information ainsi que des processus standardisés.
- Le rôle du médecin traitant est essentiel.
- Il manque des directives ou offres de formation continue propres à garantir la prise en compte (sur le plan médical, psychosocial et financier) des patients psychiatriques dans les soins intégrés.
- Dans certains cas, la gestion des patients le long de la chaîne thérapeutique obéit à des considérations financières plutôt qu'à des critères médicaux ou psychosociaux. La pression constante sur les coûts, conjuguée à de fausses incitations, entraîne régulièrement des décisions malheureuses, tant pour le bien-être des patients que sous l'angle des dépenses globales. Quant à savoir dans quelle mesure l'Etat doit créer des incitations, la question est sujette à controverse parmi les spécialistes. A cet égard, les études et évaluations scientifiques sont considérées comme d'excellentes bases de décision pour définir les orientations. Certains experts ont proposé d'inclure le financement dans le processus d'intégration.
- Plusieurs modèles de coopération comportant des éléments de soins intégrés se pratiquent activement dans la région considérée. Ils ne vont toutefois pas assez loin pour être qualifiés de modèles de soins intégrés au plein sens du terme, surtout lorsqu'il s'agit de réseaux de médecins fonctionnant en circuit fermé, sans lien direct ou presque avec les interfaces intersectorielles.
- Rares sont les approches garantissant une mise en œuvre efficace des soins intégrés. La transmission de l'information au point de jonction avec le secteur bénévole (Pro Senectute p.ex.) apparaît notamment insuffisante. Toutefois, vu les situations de plus en plus complexes découlant de la multimorbidité croissante des patients, les spécialistes souscrivent aujourd'hui sans réserve au modèle des soins intégrés, même s'il reste encore à maîtriser un certain nombre de tâches de coordination qui ne sont pas intégralement rémunérées à ce jour. C'est là une lacune qu'il importe de combler.

Recommandations

Les recommandations qui suivent s'appuient sur les résultats de l'essai pilote et s'inscrivent dans le cadre général de la politique du 3^e âge et de la politique de la santé. Elles indiquent la voie à suivre pour développer les soins intégrés en gériatrie.

Recommandation 1 : La définition des soins intégrés en gériatrie adoptée par la SAP depuis 2011 doit garder sa validité et être mise progressivement en œuvre.

Recommandation 2 : Sur le plan conceptuel, le canton doit s'inspirer du modèle étendu de soins pour malades chroniques (ECCM) de Barr et al. (2003).

Recommandation 3 : La stratégie du canton, fondée sur le *Rapport sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne 2011* (Frischknecht & Hornung, 2011), doit s'aligner sur les objectifs définis dans le rapport *Santé 2020* adopté par le Conseil fédéral.

Recommandation 4 : « Pour réussir une prise en charge intégrée, il faut améliorer la collaboration entre les catégories professionnelles et optimiser la répartition des tâches et des compétences dans les nouveaux modèles de soins. » (OFSP & CDS, 2012).

Recommandation 5 : Une attention particulière doit être accordée à la qualité de la communication et de la coopération aux interfaces.

Recommandation 6 : Il faut viser la création de nouveaux réseaux, ce qui suppose un système de financement équitable pour les fournisseurs de prestations.

Recommandation 7 : La SAP doit épuiser toute sa marge d'action dans le droit fil de la politique du 3^e âge 2011 et agir pour le moins en tant qu'« Etat animateur ».

Recommandation 8 : Dans les limites de ses moyens, la SAP devrait encourager, y compris financièrement, les innovations qui donnent une impulsion décisive à l'intégration des soins.

Recommandation 9 : Il importe d'exploiter, sinon de renforcer le potentiel qui réside dans l'éducation des patients et des patientes.

Recommandation 10 : Il faut encourager la formation et le perfectionnement professionnels pour former des personnes aptes à relever les défis de demain et à décharger sensiblement les médecins de famille.

Recommandation 11 : Les filières de formation et de perfectionnement doivent mettre davantage l'accent sur l'acquisition de compétences sociales.

Recommandation 12 : Il faut développer la recherche sur les systèmes de soins.

Bibliographie

Rapport scientifique final de l'essai pilote

Bolliger-Salzmann, H., Hlavica, M., Heiniger, S., Bucher, S. et al. (2015). Evaluation des soins intégrés en gériatrie. Effectuée sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. Université de Berne, Institut de médecine sociale et préventive (en allemand uniquement).

Autres documents de référence

Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model : An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.

Office fédéral de la santé publique(2013). Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral (Santé2020). Berne, Office fédéral de la santé publique

Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2012). Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. In G. u. BAG (Hg.), Rapport du groupe de travail "Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours". Berne.

Office fédéral de la santé publique(2007). Stratégie Cybersanté Suisse. Berne, Office fédéral de la santé publique.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2004). Politique du 3^e âge dans le canton de Berne – Rapport de planification et plan d'action pour la mise en œuvre des objectifs définis par le Grand Conseil dans le cadre de la *Politique du 3^e âge 2005*. Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2011). Rapport sur la politique du 3^e âge dans le canton de Berne 2011. Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2007). Planification des soins 2007-2010 selon la loi sur les soins hospitaliers. Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2011). Planification des soins 2011-2014 selon la loi sur les soins hospitaliers. Berne, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.