

# **L'évolution de la prise en charge des personnes âgées en soins aigus suite à la mise en place de Swiss-DRGs spécifiques**

Ce travail de recherche s'intéresse à trois enjeux primordiaux de santé publique : le financement des soins, l'évolution démographique ainsi que le financement des soins.

En Suisse, avec l'arrivée des SwissDRGs, ou forfaits par cas en janvier 2012, le financement des séjours hospitaliers somatiques aigus a été modifié. Ce travail s'inscrit parallèlement à la révision actuelle (ST Reha, 2022) de l'indemnisation des prestations pour les « lits B : soins somatiques subaigus de réadaptation ». Selon un scénario de l'Office fédéral de la statistique (OFS) (2020b p.13), le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus en Suisse augmentera de 67% en passant de 1,65 à 2,75 millions entre 2020 et 2050. Le processus physiologique du vieillissement peut amener à une fragilité chez les personnes âgées qui les rend plus vulnérables quant aux hospitalisations. Les personnes âgées fragiles présentent un haut risque de développer des syndromes gériatriques et un déclin fonctionnel pendant l'hospitalisation (Deschodt, 2019). Le déclin fonctionnel peut donc mettre en péril le maintien à domicile. Les unités de gériatrie aiguës (acute geriatric unit - UGA) ont été spécialement conçues pour prévenir le déclin fonctionnel et les différentes complications chez les personnes âgées fragiles admises à l'hôpital pour un événement aigu (Baztan et al., 2009). Plusieurs recherches internationales parues dans la littérature ont démontrés les effets positifs des unités de gériatrie aiguës (Fox et al, 2012 ; Ellis et al., 2017). La mise en place des SwissDRGs coïncide avec la mise en place d'unités de gériatrie aiguës en Suisse. En Suisse actuellement une partie des personnes âgées hospitalisées le sont en unités de gériatrie aiguës. Dans les UGA les prestations thérapeutiques sont directement reliées aux exigences des codes spécifiques valorisant les soins fournis. Les changements apportés par la mise en place de Swiss-DRGs spécifiques peuvent potentiellement avoir des effets sur le travail quotidien des thérapeutes ainsi que sur la trajectoire de soins des personnes âgées hospitalisées.

## **Objectifs**

Étudier l'évolution de la trajectoire hospitalière des patient-e-s âgé-e-s et des prises en charge thérapeutiques entre 2015 et 2019. Investiguer les changements et les impacts liés à l'ouverture de l'UGA et à l'instauration de Swiss-DRGs spécifiques.

## **Méthode :**

Un devis mixte a été choisi pour l'élaboration de cette recherche. La partie quantitative est séparée en trois sections. La 1<sup>ère</sup> section compare la trajectoire hospitalière (lit A et lit B) de 2015 avec celle de 2019 de patient-e-s âgé-e-s (>70 ans) hospitalisé-e-s en UGA ou en médecine. La 2<sup>ème</sup> section compare les séjours entre des échantillons de patient-e-s ayant bénéficié de l'UGA et des patient-e-s de médecine aux caractéristiques similaires (âge, sexe, séjour avant l'admission et nombre de diagnostics). La 3<sup>ème</sup> section s'intéresse à la rémunération hospitalière de la médecine et de l'UGA. Pour la partie qualitative, 3 entretiens semi-dirigés auprès de thérapeutes ont été effectués.

Cette étude s'est déroulée au RHNe qui est l'établissement hospitalier public du canton de Neuchâtel.

## **Résultats**

### **Quantitatifs**

Selon la 1<sup>ère</sup> section nous constatons entre 2015 et 2019 des différences dans le parcours des personnes âgées hospitalisées : diminution des décès, augmentation des institutionnalisations en EMS et augmentation des retours à domicile. Les résultats de la 2<sup>ème</sup> section semblent identifier les effets positifs des unités de gériatrie aiguës sur la sortie hospitalière : diminution des décès, diminution des institutionnalisations en EMS et augmentation des retours à domicile. La facturation des séjours en UGA est supérieure à celle des séjours en médecine tandis que la dispersion est plus grande en médecine. En UGA, l'utilisation des codes CHOP spécifiques ne semblent pas inciter l'hôpital à diminuer les durées des séjours comme ce serait le cas en médecine.

Les résultats indiquent une évolution de la prise en charge des personnes âgées et suggèrent qu'il y a eu une amélioration de la prise en charge hospitalière des personnes âgées au RHNe.

### **Qualitatifs**

Les professions suivantes sont représentées : ergothérapie, physiothérapie, nutrition et diététique. De sorte à préserver l'anonymat des trois participant-e-s, la partie résultat qualitatif sera écrite au masculin.

#### Les évolutions positives entre 2015 et 2019

Les thérapeutes interrogés s'accordent à dire que dans l'UGA les soins fournis aux personnes âgées sont de haute qualité :

*« Je cite comme point fort la collaboration interdisciplinaire dans notre unité. On se connaît très bien et on sait se solliciter en cas de besoin. » (P.2)*

Un participant précisait que les thérapeutes étaient relativement libres concernant le contenu des thérapies en UGA. La standardisation des thérapies en UGA concerne peu le contenu des séances de traitements :

*« Il ne faut pas oublier qu'on a une autonomie concernant nos thérapies. On choisit les outils, les évaluations et les traitements dont on a besoin pour prendre en charge le patient. » (P.2).*

Les trois participants s'accordaient à dire que les dotations personnelles thérapeutiques ont beaucoup augmenté depuis l'instauration de l'UGA.

*« Désormais nous sommes bien plus de (nom de la profession). Je crois que l'UGA rapporte beaucoup d'argent à l'hôpital et que ça a permis d'engager des postes supplémentaires. » (P.3).*

## 2. Les difficultés et les inconvénients perçus

Les trois participants s'accordaient à dire que la prise en charge des personnes âgées en soins aigus s'était beaucoup développée en UGA mais peu dans les différents autres services.

*« L'UGA s'est beaucoup développé entre 2015 et maintenant. L'UGA a pris une grande place dans les prestations thérapeutiques et pour le développement de projets. Ceci certainement au détriment d'autres services où l'on s'est moins développé. » (P.2).*

Un participant expliquait qu'en médecine il y avait une tendance à raccourcir le plus possible la durée du séjour, ce qui causait des problèmes.

*« On observe en médecine une volonté de faire baisser la durée du séjour en soins aigus afin de diminuer les coûts pour l'hôpital. Parfois nous constatons que des patients âgés arrivent en réadaptation alors que médicalement ils ne sont pas encore totalement stables. Par exemple ils peuvent arriver avec des antibiotiques, ce qui diminue fortement leur énergie pour la rééducation. » (P.1).*

Les trois thérapeutes expliquaient également que la forme standardisée des prestations pouvait amener une certaine pression sur l'équipe thérapeutique et peut amener d'éventuelles dérives.

*« On constate et on ressent une pression pour assurer le nombre de thérapies en un nombre de jours. Parfois nous faisons une séance pour atteindre un quotas » (P.1).*

## Recommandations

Plusieurs recommandations pratiques peuvent être suggérées suite à cette étude :

- S'intéresser aux effets des modifications des modes de paiements (DRG / ST-Reha) sur les soins apportés aux patient.e.s et sur le travail des thérapeutes.
- Considérer l'autonomie des thérapeutes qui peuvent déterminer eux-mêmes ce qu'il convient de faire en tenant compte des exigences des codes spécifiques et des besoins thérapeutiques des patient.e.s.
- Développer les prises en charge thérapeutiques dans les services à haute intensité de personnes âgées comme la médecine. Le but est d'associer la prise en charge médicale spécifique avec une prise en charge centrée sur les besoins multidimensionnels des personnes âgées hospitalisées.

Cette article est basé sur les résultats d'un travail de Master réalisé dans le cadre du Master en of Science en Sciences de la santé, conjoint de la HES-SO (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale) et de l'Université de Lausanne (UNIL), orientation Ergothérapie, à HES-SO Master.