

## Prise en charge médicale dans les EMS

Congrès spécialisé personnes âgées 2017 de CURAVIVA

Montreux, le 19/20 septembre 2017

Gabriela Bieri-Brüning, Commission pour la gériatrie de longue durée de la SPSG, médecin-chef des services gériatriques de Zurich, direction médicale des centres de soins de Zurich

Helmut Bernt, directeur des soins de l'EMS Entlisberg, Zurich

## Fourniture des soins médicaux dans les EMS

---

- Exigences posées à la fourniture des soins médicaux
- Exigences juridiques
- Différents modèles de fourniture des soins
- Modèle du Centre de prophylaxie de Zurich (PZZ)
- Modèle du centre de santé
- Qu'est-ce qu'une bonne fourniture des soins médicaux dans un EMS?

## Défis de la fourniture des soins médicaux dans les EMS

---

### Patients et traitement

- Transferts depuis l'hôpital plus tôt, entrée depuis la maison plus tard, durée de séjour réduite
- Les situations médicales deviennent toujours plus complexes et instables, avec des exigences médico-techniques et en soins accrues
- Evaluations sociales plus nombreuses (plus à l'hôpital)
- Soins de suivi plus fréquents après un séjour en hôpital, soins de transition, sortie pour revenir à la maison
- Exige davantage de capacités médicales, davantage de connaissances spécialisées en gériatrie

## Défis de la fourniture des soins médicaux dans les EMS

---

- Fourniture de soins psychiatriques dans les EMS comme nouveau défi
- Soins palliatifs, y compris pour des patients moins âgés
- Environ 70% de personnes souffrant de démence sénile dans les EMS
- Davantage de collaboration interdisciplinaire nécessaire (soins, thérapies, services sociaux, psychologues, accompagnement spirituel, etc.)
- Planification de la santé (Advance Care Planing)
- Exigences juridiques (loi sur les produits thérapeutiques, KESR, LAMal, etc.)

## Défis de la fourniture des soins médicaux dans les EMS

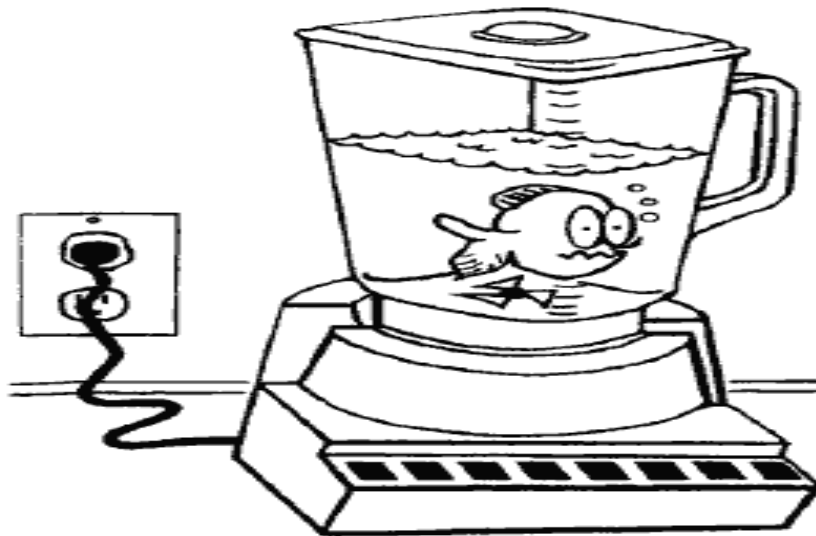
---

### Structures

- Rémunération insuffisante des prestations, tarif ambulatoire dans le domaine stationnaire, rémunération insuffisante des échanges interdisciplinaires (p.ex. prestations en l'absence du patient)
- Les caisses maladie exigent une facturation avec le numéro RCC du médecin de l'EMS et non de l'EMS, problèmes lors de la comparaison des coûts
- Davantage de charges administratives en raison des exigences accrues des assureurs maladie (p.ex. documentation à double), contrôle des médicaments, APEA, etc.
- La pénurie de médecins de premier recours entraîne également des goulets d'étranglement dans les EMS
- Le plus souvent intégration insuffisante dans les structures de décision de l'EMS
- Décalage entre responsabilité et intégration (p.ex. médecin de l'EMS responsable pour le canton de Zurich)
- Le médecin de l'EMS n'est souvent appelé qu'en cas d'urgence
- Le médecin de l'EMS n'est souvent appelé qu'en cas de conflit (p.ex. avec les proches)



# Médecin de premier recours dans un EMS



Hausarzt im Heim, SGIM 2015

**And you thought  
there was stress  
in your life !**



G.Bieri, R.Kuhn, T.Häsli

## Bases juridiques

---

- Droit de l'assurance, LAMal (**fédéral**)
  - Législation relative aux patientes et aux patients (**cantonal**)
  - Législation relative à la santé (**cantonal**)
- 
- Droit de la protection de l'enfant et de l'adulte
  - Loi sur les produits thérapeutiques....

# Grandes différences cantonales dans les exigences juridiques relatives aux soins médicaux dans les EMS

---

Sondage de la commission pour la gériatrie de longue durée de la Société professionnelle suisse de gériatrie auprès des médecins cantonaux:

- Le spectre des exigences va de l'absence d'exigences à la participation obligatoire du médecin d'EMS à la direction de celui-ci
- La plupart des cantons de Suisse alémanique n'exigent pas de médecin de l'EMS et ne posent pas d'exigences particulières
- 9 cantons exigent un médecin d'EMS, posent des exigences juridiques (hygiène, qualification du personnel soignant) et ne pratiquement pas de droit de participation
- Dans certains cantons romands, la place du médecin d'EMS est mieux réglée. Le canton de Vaud demande un contrat entre l'EMS et le médecin d'EMS, y c. le règlement de la rémunération (en plus de Tarmed)
- Le canton du Tessin est celui qui va le plus loin: intégration dans la direction: «direttore sanitario» avec le «direttore amministrativo»
- Dans le canton du Jura, la loi sur les EMS exige des connaissances en gériatrie, gérontopsychiatrie et soins palliatifs de la part des médecins d'EMS



## P.ex. canton de Zurich

• Die pflegerische Gesamtverantwortung (Pflegedienstleitung) muss durch eine Pflegefachperson wahrgenommen werden, die mindestens über einen Ausbildungsabschluss auf der Stufe FASRK verfügt.

5. Die gesamtverantwortliche Leitung (Verwaltung), die Leitung des Pflegebereiches und die verantwortliche ärztliche Leitung (Heimarzt)

• Die gesamtverantwortliche Leitung der Institution wird durch eine kompetente und ver-

**Für die ärztliche Leitung hat eine Ärztin oder ein Arzt mit einer Bewilligung der selbstständigen Berufsausübung im Kanton Zürich die Verantwortung für die fachgerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten sowie die Organisation des Notfalldienstes zu übernehmen und die Einhaltung der Hygienevorschriften zu gewährleisten.**

6. Informationspflicht

Der Gesundheitsdirektion sind jährlich die SOMED-Statistik sowie alle weiteren von der Gesundheitsdirektion vorgegebenen Erhebungen einzureichen.

## Modèles de fourniture des soins médicaux dans les EMS

---

- Modèle du médecin de premier recours: libre (chaque médecin de premier recours suit 1-4 patientes ou patients dans 1-4 EMS) ou organisé, p.ex. par services
- Modèle du médecin d'EMS: médecins d'EMS engagés ou liés par contrat (activité principale ou part fixe de l'activité dans l'EMS)
- Alternatives?

## Modèle du médecin de premier recours (le plus fréquent)

Forces(Strength)	Faiblesses (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations personnelles</li> <li>• Confiance</li> <li>• Sécurité des deux côtés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration interdisciplinaire plus compliquée, pas assez de temps</li> <li>• Difficilement disponible en cas d'urgence</li> <li>• Coût élevé des soins avec nombreux médecins dans le service</li> <li>• Nombreuses ordonnances différentes</li> <li>• Pas de position médicale unifiée</li> </ul>
Opportunités (Opportunities)	Risques (Threads)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...relation jusqu'à la mort...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de connaissances spécialisées en gériatrie et gérontopsychiatrie (dépend de l'expérience gériatrique du médecin)</li> </ul>

## Modèle du médecin d'EMS

Forces (Strength)	Faiblesses (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaction rapide en cas d'urgence</li> <li>• Collaboration interdisciplinaire, idéalement dans le cadre d'une équipe gériatrique spécialisée</li> <li>• Les compétences au sein de l'établissement sont clairement définies</li> <li>• Les déroulements dans l'établissement sont connus</li> <li>• Participation à des discussions de cas / visites, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parfois jeunes médecins inexpérimentés</li> </ul>
Opportunités (Opportunities)	Risques (Threads)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...acquisition de connaissances interdisciplinaires</li> <li>• ...participation à des DC internes</li> <li>• Elaboration d'une position commune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opposition entre médecine et vie</li> </ul>

A l'avenir: modèle en réseau (coopération d'EMS qui se partagent un médecin d'EMS, des experts en soins, des spécialistes en démence sénile, etc. )

Forces (Strength)	Faiblesses (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration interdisciplinaire</li> <li>• Réaction rapide en cas d'urgence</li> <li>• Echanges interdisciplinaires</li> <li>• Les compétences au sein de l'établissement sont majoritairement connues</li> <li>• Les déroulements dans l'établissement sont connus</li> <li>• Participation à des discussions de cas / visites, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs médecins</li> <li>• Parfois jeunes médecins inexpérimentés</li> </ul>
Opportunités (Opportunities)	Risques (Threads)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...acquisition de connaissances interdisciplinaires</li> <li>• ...conception de DC internes</li> <li>• Culture de travail commune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voies de décision longues</li> <li>• Innovation lente</li> <li>• Exigence d'harmonisation poussée</li> </ul>

## Modèle des services gériatriques des centres de soins de Zurich

- Grand service médical (env. 40 médecins employés) pour les 1600 lits des 10 centres de soins, dont 84 lits pour soins de transition
- Structure médicale comme en hôpital: 10 gériatres, 2 gérontopsychiatres (médecins-chefs), 7 médecins chefs de clinique (médecins spécialistes en médecine générale interne), médecins assistants
- Médecins-chefs intégrés dans le niveau de décision le plus élevé, dans le conseil de direction (direction de l'établissement, LPD, médecin-chef)
- Directeur médical intégré dans la direction et la direction générale
- Service d'urgence propre 24 h / 24, 365 jours par an
- Equipe gériatrique avec une bonne collaboration des différentes professions

## Modèle des services gériatriques des centres de soins de Zurich, p.ex.

---

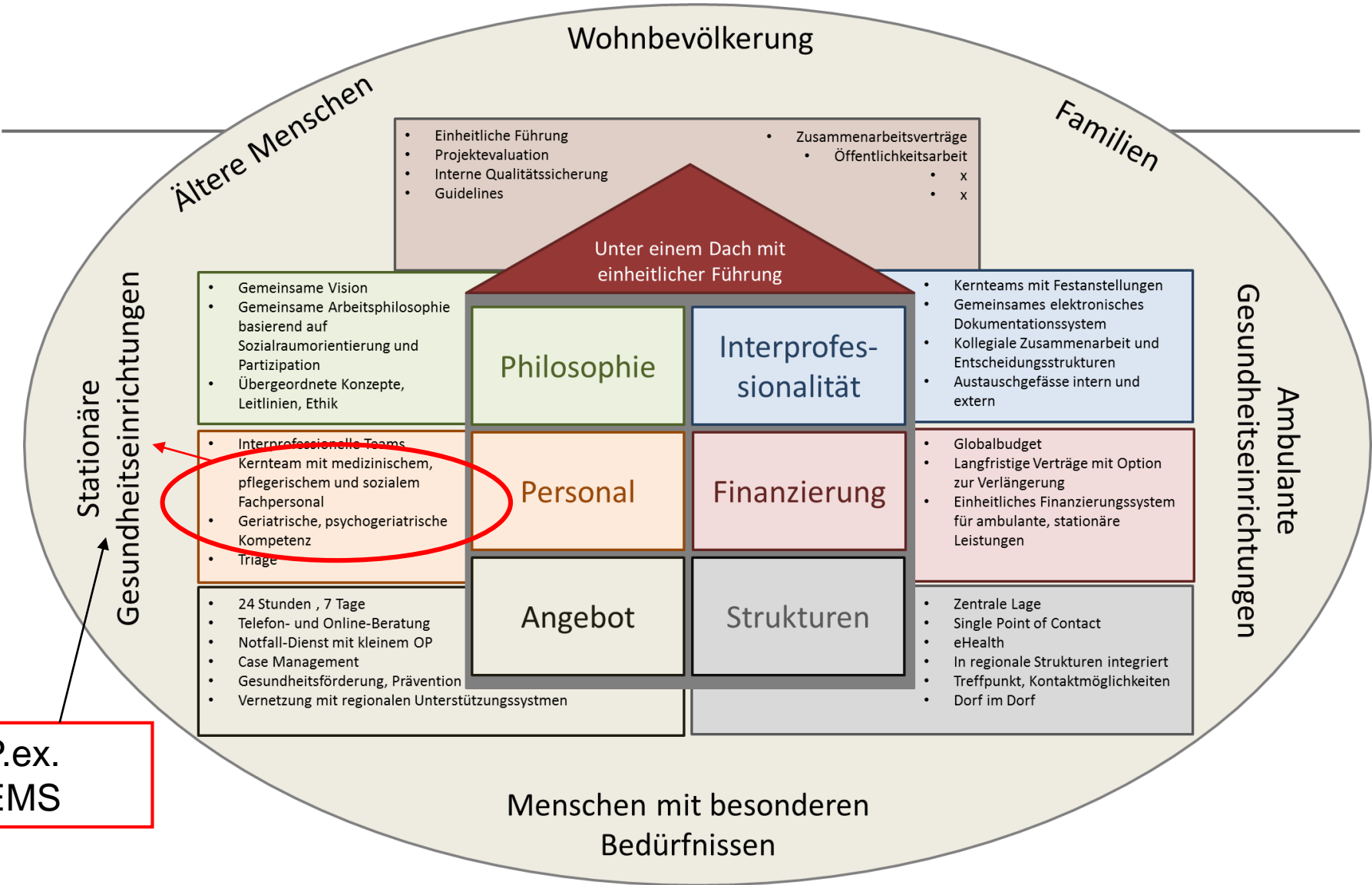
- Soins de transition: toutes les admissions passent par les soins de transition, évaluation gériatrique interdisciplinaire, rapport de tri, transfert au service de soins de longue durée ou de réhadaptation gériatrique (équipe gériatrique), plus de 60% des sorties après 28 jours en moyenne (dotation de 7 médecins)
- Soins de longue durée:
  - Démence sénile: propre clinique de la mémoire, visites à domicile SiL, centres de jour, paramètre de qualité démence sénile
  - Soins palliatifs
  - Intensité du traitement (ACP)
  - Service psychiatrique
  - Discussions interdisciplinaires avec les familles, rapports interdisciplinaires, discussions de cas
- Formation commune en matière démence sénile

## Modèle de centre de santé, projet Curaviva

---

- Basé sur le Modèle d'habitat et de soins 2030 de Curaviva
- Un groupe de travail élabore le modèle d'un centre de santé (avec cabinet médical, physiothérapie, etc.) susceptible d'assurer également la fourniture des soins médicaux et de physiothérapie dans l'EMS
- Deux représentants de la Commission pour la gériatrie de longue durée de la SPSG collaborent
- Cf. schéma de la page suivante (situation fin juin 17)





Ältere Menschen

Wohnbevölkerung

Familien

- Einheitliche Führung
- Projektevaluation
- Interne Qualitätssicherung
- Guidelines
- Zusammenarbeitsverträge
- Öffentlichkeitsarbeit
- x
- x

Unter einem Dach mit einheitlicher Führung

- Gemeinsame Vision
- Gemeinsame Arbeitsphilosophie basierend auf Sozialraumorientierung und Partizipation
- Übergeordnete Konzepte, Leitlinien, Ethik

Philosophie

Interprofessionalität

- Kernteams mit Festanstellungen
- Gemeinsames elektronisches Dokumentationssystem
- Kollegiale Zusammenarbeit und Entscheidungsstrukturen
- Austauschgefässe intern und extern

- Interprofessionelle Teams
- Kernteam mit medizinischem, pflegerischem und sozialem Fachpersonal
- Geriatriische, psychogeriatrische Kompetenz
- Triage

Personal

Finanzierung

- Globalbudget
- Langfristige Verträge mit Option zur Verlängerung
- Einheitliches Finanzierungssystem für ambulante, stationäre Leistungen

- 24 Stunden , 7 Tage
- Telefon- und Online-Beratung
- Notfall-Dienst mit kleinem OP
- Case Management
- Gesundheitsförderung, Prävention
- Vernetzung mit regionalen Unterstützungssystemen

Angebot

Strukturen

- Zentrale Lage
- Single Point of Contact
- eHealth
- In regionale Strukturen integriert
- Treffpunkt, Kontaktmöglichkeiten
- Dorf im Dorf

Stationäre Gesundheitseinrichtungen

Ambulante Gesundheitseinrichtungen

Menschen mit besonderen Bedürfnissen

P.ex. EMS

## Une bonne fourniture des soins dans les EMS exige:

---

- Une bonne qualité dans les EMS ne peut être obtenue qu'à travers une bonne collaboration, notamment entre le personnel soignant et le médecin !!!
- Des structures et des processus clairs: visites, urgences (attention: éviter les hospitalisations inutiles), déroulement lors des admissions et des sorties, discussions avec les familles, rapport interdisciplinaires, discussions de cas interdisciplinaires
- Une joignabilité et des remplacements clairement réglés
- Des ordonnances (écrites) claires
- Une attitude commune (concept démence sénile, soins palliatifs)
- Une planification sanitaire orientée vers l'avenir avec une planification préalable des soins (Advance Care Planing)

## Une bonne fourniture des soins dans les EMS exige:

---

- Des échanges d'informations réguliers entre les médecins d'EMS
- Des connaissances gériatriques et gérontopsychiatriques spécifiques (du moins en tant que consilium)
- Une intégration contractuelle du médecin dans l'EMS, avec définition des droits et des obligations, ainsi que des organes pour les échanges
- Une rémunération adéquate des médecins d'EMS
- Des cours de perfectionnement communs (démence sénile, soins palliatifs, ACP, KESR)

## Il faut un renforcement et, surtout, une plus forte intégration des médecins dans les EMS

---

- La Commission pour la gériatrie de longue durée s'engage pour:
  - Un modèle de contrat, un engagement pour un meilleur financement, l'élaboration de recommandations sur des thèmes comme le norovirus, l'AGT, la comptabilité des stupéfiants, les mesures limitant la liberté de mouvement, la prévention des chutes, etc.
- La fonction de médecin d'EMS doit devenir à nouveau plus attrayante, il faut des modèles appropriés (le modèle du médecin de premier recours appartient au passé)