

Soins aigus et de transition (SAT): La loi doit être revue pour remédier à plusieurs problèmes¹

Février 2018

En résumé

Les soins aigus et de transition (SAT) ont été redéfinis en 2011 avec l'introduction du nouveau financement hospitalier (facturation des soins somatiques aigus via les forfaits par cas) et la révision du financement des soins. L'idée était qu'après un séjour à l'hôpital aussi bref que possible, les patients qui ont encore besoin de soins pendant leur convalescence puissent rapidement retrouver leur autonomie au quotidien. Mais l'art. 25a al. 2 de la loi a empêché que les soins aigus et de transition se développent comme ils le devraient, et cela pour deux raisons: leur durée limitée à deux semaines seulement et le non remboursement des coûts de séjour (hébergement et assistance).

Cette limitation à deux semaines est le fruit d'un compromis politique de dernière minute qui ne se justifie pas du point de vue médical, infirmier ou psychiatrique et ne correspond pas aux expériences faites à ce jour. Résultat: les soins aigus et de transition sont rarement prescrits. En 2015, ils n'ont totalisé qu'environ 23'000 heures, soit moins de 0.2% des 13'724'000 heures de soins infirmiers ambulatoires prodigués dans le cadre des soins à domicile. Les SAT représentent aussi une part négligeable des prestations des infirmières indépendantes. Quant aux médecins hospitaliers, ils les prescrivent très peu, alors que cela soulagerait les patients de la quote-part du financement des soins. En stationnaire, 322 des 96'600 places en EMS sont prévues pour les SAT. Cette catégorie de prestations représente ainsi 0.3% des places (et 0.2% des coûts).

De plus, les cantons n'appliquent pas les SAT de manière uniforme, ce qui entraîne des inégalités de traitement. Les fournisseurs de prestations autorisés sont différents (hôpitaux, EMS, Aide et soins à domicile), les taxes ne sont pas au même niveau, l'ampleur des prestations diffère et la durée du financement varie (prolongation jusqu'à 60 jours).

Les exemples de Zurich et de Lucerne, ainsi que le projet de pilote mené durant trois ans dans le canton d'Argovie, montrent que s'ils sont financés sur un nombre de jours suffisants, les soins aigus et de transition donnent les résultats que l'on attend d'eux: plus de deux tiers des patients peuvent rentrer chez eux après environ quatre semaines. Sans la prolongation des SAT, ces patients devraient entrer plus rapidement en EMS. De manière globale, les SAT permettent de faire des économies notables. De plus, à environ CHF 450 par jour, ils sont moins chers que les offres de réadaptation gériatrique existantes qui, selon le canton/l'assureur, voient leurs coûts osciller entre 500 et 800 francs par jour.

Les associations de fournisseurs de prestations et la CDS en tant que représentante des cantons demandent que les soins aigus et de transition soient revus, parce qu'ils ne peuvent à l'évidence pas remplir les buts qui leurs sont assignés. En plus de l'allongement de la durée des SAT fixée par la loi, les coûts d'hébergement et d'assistance doivent être pris en charge par les répondants des coûts (AOS et cantons) au même titre que le financement hospitalier. C'est le seul moyen d'éviter les failles dans le financement et les inégalités de traitement.

¹ Comité de rédaction: Renate Monego (H+/senesuisse), Yann Golay (CURAVIVA Suisse), Christian Streit (senesuisse), Stefan Berger (H+)

Les problèmes posés par les dispositions de la loi

L'art. 25a al. 2 LAMal précise comme suit le cadre et le financement:

Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.

Le but principal des SAT consiste à offrir une transition aux patients après leur séjour à l'hôpital, qui corresponde à leurs besoins physiques ou psychiques et à leur convalescence, pour qu'ils puissent reprendre leur vie à domicile. L'expérience montre que la durée fixée à deux semaines au maximum ne le permet pas, en particulier pour les patients très âgés, atteints souvent de plusieurs maladies. Après seulement 14 jours de soins aigus et de transition, ils ne sont pas encore en mesure de faire face à leur situation. Il faudrait pouvoir disposer de davantage de temps pour tenir compte des spécificités de leurs conditions de vie, en particulier s'agissant de personnes présentant des multimorbidités et/ou des signes de démence ou de patients dont l'environnement social n'est pas favorable.

La concrétisation dans la loi ne correspond pas tout à fait à la volonté exprimée par le parlement lors des débats sur l'introduction du «nouveau régime de financement des soins». Le conseiller aux Etats Urs Schwaller avait précisé à cette occasion que le financement des SAT devait se dérouler «selon les règles du financement hospitalier».

Le fait que les soins aigus et de transition figurent à l'art 25a LAMal, et donc avec les soins de longue durée, suggère que les coûts de l'hébergement, de l'assistance, etc. ne sont pas pris en charge. Certes, l'art 25a al. 2 renvoie à l'art 49a LAMal (clé de répartition entre les cantons et les assureurs maladie selon les règles du financement hospitalier), mais il ne renvoie pas à l'art. 49 al 1 LAMal (rémunération du traitement hospitalier y compris le séjour et les soins). En conséquence, pour les SAT fournis en stationnaire, les coûts des repas et de l'hébergement doivent être entièrement pris en charge par les patients (et pas seulement les CHF 15.- par jour en cas de séjour hospitalier). Les cantons et les assureurs maladie couvrent exclusivement les coûts des soins. En d'autres termes, **les patients en soins aigus et de transition doivent assumer eux-mêmes des coûts d'environ CHF 150 à 250 par jour** (estimation sur la base des offres en vigueur). Ce montant vient s'ajouter au coût de leur logement habituel. C'est le principal motif qui les incite à refuser cette prestation, pourtant judicieuse des points de vue médical, infirmier et social. Il en résulte une prolongation du séjour à l'hôpital, la tentation de se tourner vers d'autres offres hospitalières comme la réadaptation ou la psychiatrie ou encore un envoi en EMS. Dans le secteur ambulatoire, l'Aide et les soins à domicile et les infirmières indépendantes sont confrontées à des obstacles administratifs objectivement injustifiés qui leurs sont imposés par quelques assureurs maladie et certains cantons: avec les SAT, il n'est pas question d'une autre manière de soigner mais d'un autre mode de financement.

On passe ainsi à côté des deux objectifs principaux des soins aigus et de transition, puisqu'ils ne permettent ni de réduire au minimum ou de prévenir les séjours en hôpital de soins aigus sous le régime des DRG, ni de répondre aux besoins de patients souvent âgés. Limités à deux semaines et sans prise en charge des coûts d'hébergement et d'assistance, les SAT sont étouffés dans l'œuf.

De leur côté, la réadaptation et la psychiatrie stationnaires se retrouvent avec des patients qui ont besoin de soins aigus et de transition et pas d'un séjour à l'hôpital. Dans ces deux domaines aujourd'hui, une hospitalisation est requise avant tout en présence de plusieurs maladies (multimorbidité) et lorsque les soins médicaux complexes requièrent une équipe multiprofessionnelle. L'indication pour des SAT n'est clairement pas la même. Les SAT permettent la mise en place d'une filière de soins judicieuse après le séjour à l'hôpital.

Exemples de bonnes pratiques

L'exemple des centres de soins de la ville de Zurich livre les chiffres suivants:

- 87 lits sont à la disposition de patients en soins aigus et de transition, ce qui représente à peu près 5.4% de toutes les places.
- La durée habituelle de séjour varie selon les patients entre 20 et 40 jours. En moyenne, elle est de 27 jours.
- Deux tiers des patients en SAT peuvent reprendre leur vie à domicile de manière autonome.
- En moyenne, toutes prestations incluses, les coûts sont de CHF 450 à 600 par jour.

Les statistiques de Viva Luzern confirment ces valeurs pour les 11 lits disponibles de manière durable et occupés à 83%. Le taux de retour à domicile se situe entre 74% et 87%, selon l'année considérée. En raison du financement insuffisant, seuls les cas pour lesquels l'indication est indiscutable ont été placés en soins aigus et de transition. La durée moyenne de séjour est dès lors de «seulement» 21-22 jours, avec des coûts moyens par jour de CHF 450.

Un projet pilote a en outre été mené dans le canton d'Argovie. Résultat: pour les plus grands fournisseurs de ces prestations (hôpital de Zofingue et institution de soins Lindenfeld Suhr), la durée moyenne de séjour était de 24.5, resp. 25.5 jours. Sur le plan cantonal, le taux de retour à domicile se situait entre 64% et 68%.

Selon une enquête réalisée par H+ auprès de ses membres en 2014, la durée moyenne de séjour s'élève à 28 jours.

La loi doit être modifiée

Ces chiffres montrent qu'une modification de la loi est nécessaire pour atteindre les objectifs visés par les soins aigus et de transition:

- **La durée des SAT doit être étendue à quatre semaines au moins. En cas de besoin attesté, une prolongation unique doit être possible.**
- **Les frais de séjour lors de SAT stationnaires doivent être pris en charge par les cantons et les assureurs maladie, au même titre qu'un séjour hospitalier.**
- Les médecins qui prescrivent les SAT doivent mieux les connaître et les conditions posées à la fourniture de SAT doivent être communiquées plus clairement aux assureurs maladie.
- Les SAT doivent également pouvoir être prescrits par les médecins de famille, et pas seulement par les médecins hospitaliers: durant une brève période suivant l'hospitalisation, un médecin de famille doit pouvoir demander à l'hôpital une autorisation de prescription.

Deux compléments seraient encore utiles afin que les soins aigus et de transition soient bien délimités, et donc dispensés aux bons patients par les bons fournisseurs de prestations:

- Les SAT doivent être prescrits à des patients convalescents qui sont en mesure de sortir des soins aigus, mais ne remplissent pas les conditions d'une hospitalisation, en réadaptation par exemple: les SAT ne doivent en aucun cas se substituer à des séjours en réadaptation ou en psychiatrie, mais ils sont souvent la meilleure solution à la sortie de l'hôpital.
- Les prestataires de SAT en stationnaire doivent mettre le séjour en lien avec les problèmes relevés, mais aussi avec les capacités fonctionnelles toujours présentes. En d'autres termes, il faut procéder à un assessment gériatrique dans les nombreux cas pour lesquels les SAT sont prodigués à des personnes âgées.

Justification

Les patients seraient les premiers bénéficiaires des nouvelles dispositions légales esquissées. Les pouvoirs publics, les assureurs maladie, les fournisseurs de prestations et l'économie publique sortiraient eux aussi gagnants dans l'ensemble:

Les patients qui n'ont pas ou plus besoin d'être hospitalisés bénéficient de la prise en charge médico-thérapeutique (soins, thérapie, assistance, entraînement, évaluation) qui correspond à leur tableau clinique et leur permet de retrouver leur domicile, même s'ils sont âgés et souffrants. Ils ne paient pour cela que CHF 15 par jour de leur poche au lieu de CHF150 à 250.

Les pouvoirs publics (canton ou commune) paient nettement moins pour les SAT que pour la réadaptation. L'exemple de la ville de Zurich montre qu'au lieu de déboursier environ CHF 300 à 400 par jour (selon la clinique de réadaptation), elle verse environ CHF 240 à 330 au maximum par jour. En outre, les risques de prolongation des séjours hospitaliers, de réhospitalisations et d'entrées en EMS intervenant trop tôt se trouvent durablement réduits.

Les assureurs maladie ont la certitude que les patients qu'ils assurent sont pris en charge au mieux, même sans Case Manager et qu'ils seront préparés pour le retour à domicile. Les assureurs paieraient davantage pour de longs séjours à l'hôpital ou si leurs patients devaient suivre une réadaptation.

Les EMS, comme les hôpitaux, les cliniques et les maisons de cure qui prodiguent déjà des SAT peuvent recourir au personnel et aux infrastructures dont ils disposent pour offrir la meilleure offre possible aux patients âgés en transition. Une mixité de patients, dont certains retrouvent la santé, exerce une influence positive tant sur le personnel que sur les autres patients et résidents.

Les hôpitaux de soins aigus ont une charge moins lourde au moment de la sortie et peuvent comme prévu réduire la durée de séjour au minimum.

La réadaptation et la psychiatrie stationnaires ne se voient pas confier à tort des patients qui ont besoin de SAT mais pas d'une hospitalisation.

L'économie publique y gagne également: nombre de patients âgés peuvent reprendre leur existence à domicile au lieu de séjourner longtemps à l'hôpital ou d'entrer trop tôt en EMS.

Synthèse:

Pour que les soins aigus et de transition atteignent enfin leur but, une adaptation du cadre légal est nécessaire. Les conditions à remplir sont la prise en charge des **coûts de séjour** au même titre que ceux des séjours à l'hôpital, l'allongement de la **durée** des SAT à quatre semaines prolongeables une fois sur ordonnance médicale et l'**autorisation de prescrire** les SAT aux médecins ne travaillant pas à l'hôpital. Les soins aigus et de transition doivent en outre se distinguer clairement de la réadaptation et de la psychiatrie.

Références:

- Yvonne Padrutt: „Akut- und Übergangspflege – wirtschaftlich sinnvoll oder blosser Mehrbelastung der Patienten?“ In: Pflegerecht 2/2016, S. 109-113.
<http://www.pflegerecht.recht.ch/> (deutsch, passwortgeschützt)
- H+ Die Spitäler der Schweiz: H+ präzisiert die Übergangspflege. Definition und Forderungen. Beschluss des H+ Vorstandes vom 3. Februar 2011 (deutsch)
http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Politik/Positionen/Aktuelle_H_Positionen/Uebergangspflege/H_Positionspapier_%C3%9Cbergangspflege.pdf