

## « La réadaptation de la personne âgée en danger »

Les modifications en cours du financement hospitalier dans le domaine de la réadaptation remettent en question l'organisation actuelle de la prise en charge des personnes âgées dans les cantons romands et risquent de limiter fortement l'accès de ces personnes âgées à la réadaptation après un séjour hospitalier.

Association Plateforme-Reha.ch  
Février 2020

### Contact

**Association PLATEFORME-REHA.CH**

c/o Site Plein-Soleil  
Chemin de la Cigale 3  
1010 Lausanne  
+41 78 672 24 90  
[info@plateforme-reha.ch](mailto:info@plateforme-reha.ch)

ou

**Brigitte Rorive Feytmans**  
**Présidente de l'association Plateforme-Reha.ch**  
Directrice Finances, Hôpitaux Universitaires de Genève  
+41 79 823 84 02  
[brigitte.rorivefeytmans@hcuge.ch](mailto:brigitte.rorivefeytmans@hcuge.ch)

## Une nouvelle structure tarifaire pour la réadaptation

Une nouvelle structure tarifaire pour la réadaptation est en cours d'élaboration. La LAMal prévoit une tarification uniforme et basée sur les prestations pour tous les types de soins hospitaliers. Après l'introduction des DRG pour les soins somatiques aigus en 2012, celle de TARPSY en 2018, ST Reha devrait être soumise au Conseil fédéral pour approbation courant 2021 afin d'entrer en vigueur en 2022.

Les discussions autour de cette structure tarifaire, encore à l'état embryonnaire, font resurgir une problématique connue : l'organisation de la prise en charge des personnes âgées diffère fondamentalement entre les différentes régions suisses, en particulier pour ce qui concerne la réadaptation.

## Deux modèles de réadaptation en opposition

Le premier modèle est dominant en Romandie. Il vise à proposer des soins de réadaptation à un large éventail de patients, notamment des patients âgés et fragiles, pour autant qu'un potentiel de réadaptation existe. C'est un modèle peu intensif en thérapies et plutôt consommateur de prestations de soins. Ses résultats sont mesurables et bien réels : taux de retour à domicile important, regain de fonctionnalités mesuré par les échelles cliniques, récupération d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. En résulte également des capacités de maintien à domicile renforcées et des placements en hébergement médico-social tardifs en comparaison nationale.

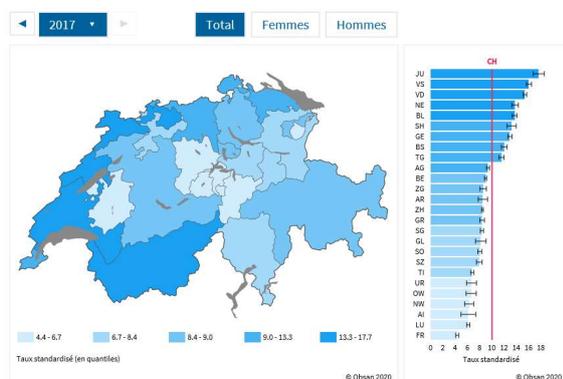
Le second modèle est dominant en Suisse alémanique. Il vise à réserver les soins de réadaptation à une typologie de patients moins fragiles et présentant un très haut potentiel de réadaptation. C'est un modèle de prises en charge intensives dont les principaux prestataires sont des cliniques spécialisées dans certaines catégories de réadaptation. Dans ce modèle, la réadaptation de la personne âgée et fragile ne se fait pas ou peu. Ces dernières restent dans les services de soins aigus somatiques ou sont prises en charge dans des homes médicalisés (EMS).

## Une cartographie différente de l'offre de soins aux âgés

Comme le montrent les 2 schémas suivants publiés sur le site de l'OBSAN (observatoire suisse de la santé), l'offre de soins aux personnes âgées diffère selon les cantons et les modèles de prise en charge de la réadaptation. Dans le premier modèle, les hospitalisations en soins de réadaptation sont nettement plus nombreuses et le recours à l'EMS s'en trouve diminué. Dans le deuxième modèle, on constate l'inverse, moins de patients hospitalisés pour de la réadaptation et plus de recours à l'EMS.

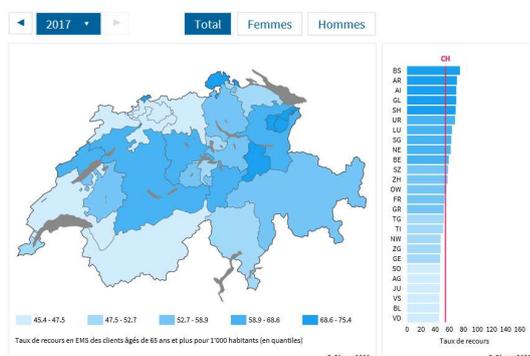
### Taux d'hospitalisation en réadaptation

Taux standardisé par 1'000 habitants



### Taux de recours des 65 ans et plus dans les EMS

Taux de recours des clients âgés de 65 ans et plus pour 1'000 habitants âgés de 65 ans et plus (long séjours)



## **Un traitement inéquitable des patients**

Selon le modèle dominant dans leur canton, les patients ne bénéficient pas du même accès aux soins, de la même prise en charge, ni du même financement.

Dans le premier modèle, les patients âgés et fragiles bénéficient d'une offre de réadaptation qui vise le retour à domicile et le regain d'autonomie, grâce notamment à une offre de soins à domicile importante.

Dans le second modèle, les patients âgés sont orientés plus précocement vers les EMS qui offrent des prestations de réadaptation limitées. Ils doivent assumer eux-mêmes le coût de l'hébergement (de 150 à 200 francs par jour, pendant en général 3 semaines).

Sans surprise, le courant alémanique est dominant au sein des associations faïtières nationales et des sociétés médicales qui défendent avant tout des intérêts corporatistes et économiques et critiquent le modèle romand de réadaptation.

## **Critique du modèle prédominant en Romandie**

Plusieurs critiques sont adressées au modèle romand. Ce modèle permettrait aux structures de réadaptation stationnaire d'accueillir trop de patients n'ayant pas de potentiel de réadaptation, de ne pas offrir de réelles prestations de réadaptation mais plutôt des prestations similaires à celles offertes en établissement de long séjour ou même hôtelières. L'efficacité clinique de ce modèle est critiquée alors qu'il existe des évidences scientifiques solides qui démontrent des bénéfices aussi bien pour le patient et ses proches que pour le système de santé.

Ainsi, une méta-analyse de S. Bachman et al a notamment montré que la réadaptation gériatrique effectuée dans des unités spécialisées, améliore significativement la probabilité de gains fonctionnels (1.76 fois plus de probabilité de gains fonctionnels à la sortie du patient). En conséquence, le risque d'admission en long séjour immédiatement à la sortie est réduit significativement de 36% par rapport à des patients ne bénéficiant pas d'une réadaptation gériatrique spécialisée.

## **Une structure tarifaire qui fixe des seuils d'entrée et exclut de nombreux patients**

C'est la prédominance de ce modèle alémanique qui a conduit à introduire dans les codes CHOP décrivant les activités de réadaptation des seuils minimaux de prestations (physiothérapie, ergothérapie, etc.). Ces seuils sont très élevés et excluent de facto un grand nombre de patients. En effet, à défaut d'atteindre le seuil prévu, le séjour ne sera pas considéré comme une hospitalisation en réadaptation et son remboursement au titre de l'AOS se limitera au financement des soins (hébergement, 7a OPAS). Le seuil minimal prévu dans ces codes est bien supérieur aux prestations dont les patients de réadaptation gériatrique bénéficient actuellement, alors même qu'ils progressent de manière mesurable en termes de récupération de fonctionnalité et d'autonomie et que les taux de retour à domicile après les séjours sont élevés (autour des 85%).

Si les orientations soutenues majoritairement par les partenaires tarifaires nationaux s'imposent finalement, Plateforme-reha.ch estime que 80% des patients romands (plus de 20'000 patients par an) actuellement pris en charge en réadaptation stationnaire devraient être réorientés vers d'autres filières de traitement, notamment les EMS, car ils seraient "exclus" du nouveau système tarifaire.

Seule une petite partie de la population pourra financièrement supporter les 3 à 4'000 francs qui devront alors être déboursés pour un séjour de 3 semaines.

## Un risque inflationniste et des prestations inutiles

Deux stratégies d'adaptation s'offriraient aux établissements romands qui relèvent du premier modèle au cas où ces orientations devaient s'imposer :

- multiplier les interventions et prestations médico-thérapeutiques inutiles et sans indication précise, afin d'atteindre les seuils qui déclencheront le financement
- se transformer en EMS

En l'absence de preuves scientifiques établissant un lien entre un volume de prestations et des résultats tangibles pour le patient, le système prôné actuellement risque de multiplier les prestations sans évidence de gain et de bénéfice pour le patient. Il conduirait alors à des coûts élevés pour le système de santé, et à une dissociation entre prestations fournies et besoin réel du patient. L'expérience de l'introduction des SwissDRG devrait nous inciter à la prudence : alors même que la Suisse pouvait s'appuyer sur l'expérience de nombreux autres pays, disposait de données établies et utilisées dans certains cantons depuis une décennie, il est apparu dans plusieurs domaines que des imprécisions même très limitées peuvent conduire à une surproduction importante de prestations non nécessaires.

## Des inquiétudes également du côté alémanique

La gravité de la situation n'est pas ressentie uniquement de ce côté de la Sarine. La NZZ a publié en été 2019 un article qui se faisait l'écho des inquiétudes des acteurs alémaniques (*«Reha für Ältere in Gefahr; Die geplanten Fallpauschalen führen zu «Altersdiskriminierung», meinen Experten», NZZ am Sonntag, 19.08.2019*) vis à vis du nouveau système de financement et du risque de contagion de la vision de la réadaptation gériatrique qui sous-tend la planification hospitalière zurichoise. Ces experts craignent que les obstacles à une réadaptation basée sur les besoins du patient ne s'accroissent considérablement avec le projet ST-Reha, en particulier pour les patients âgés. Ils dénoncent par ailleurs un système de planification dont les critères placeraient deux tiers des patients âgés dans une situation délicate, pas assez fragiles pour bénéficier d'une réadaptation gériatrique spécialisée et trop atteints pour la réadaptation basée sur la déficience d'un organe (appareil locomoteur, fonctions neurologiques, système cardiaque, etc.).

## Une structure tarifaire nationale malgré les deux modèles

En l'absence d'évidence de supériorité d'un modèle de prise en charge par rapport à l'autre, il nous semble que toute nouvelle structure tarifaire devrait tenir compte de l'existence d'une offre différenciée en soins de réadaptation. Pour ce faire, il convient d'éviter de définir des prestations standards minimales et il s'agit plutôt de prévoir des niveaux d'intensité différents de prise en charge. C'est une façon de faire que SwissDRG connaît bien puisque c'est sur ce mode que fonctionnent déjà les tarifs DRG.

**En conclusion**, les modifications envisagées dans le système de financement de la réadaptation, ST Reha, en particulier l'exigence de seuils minimaux de prestations, risquent d'entraver l'accès des patients âgés, après un épisode d'hospitalisation, à des prestations de réadaptation dont, à l'évidence, ils tirent de grands bénéfices.

Le primat du maintien à domicile des personnes âgées sur l'hébergement en EMS serait alors remis en question.

Les membres de Plateforme-Reha.ch :

**Membres actifs**

- hôpitaux et cliniques



**Membres observateurs**

- organismes faitiers

