



Articles publiés
sous la direction de

CHRISTOPHE GRAF

DINA ZEKRY

Service de gériatrie
et de réadaptation
Département de
réadaptation et
gériatrie
Hôpitaux
universitaires de
Genève, Loëx/Genève

PATRIZIA D'AMELIO

CHRISTOPHE BÜLA

Service de gériatrie
et de réadaptation
gériatrique
Département de
médecine
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

Financement de la réadaptation en Suisse: des plus et des moins...

Pr CHRISTOPHE GRAF, Pr DINA ZEKRY, Pr PATRIZIA D'AMELIO et Pr CHRISTOPHE BÜLA

Rev Med Suisse 2022; 18: 2043-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.802.2043

Complémentaire à la médecine aiguë et à la psychiatrie, la réadaptation est un pilier important des soins stationnaires en Suisse. Selon l'OMS, elle se définit par la «mise en œuvre d'un ensemble optimal de mesures physiques, sensorielles, intellectuelles, psychologiques et sociales destinées à restituer à l'intéressé un usage aussi complet que possible de la ou des fonctions atteintes en vue de retrouver la meilleure activité possible et une place appropriée dans la société». ¹ L'objectif principal est une restauration la plus complète envisageable de l'indépendance fonctionnelle, si possible dans l'environnement existant. Concernant les patients âgés, il s'agit de promouvoir le retour à domicile dans les meilleures conditions et de combattre l'isolement social.

Suite à la révision de la Loi fédérale sur l'assurance obligatoire des soins (art. 49a, al.1 LAMal) en 2009, les partenaires tarifaires doivent convenir d'une structure tarifaire basée sur des forfaits par cas liés aux prestations et uniforme dans toute la Suisse, ceci dans un souci d'économicité et d'efficacité (comparaison des coûts). De manière similaire à l'instauration en 2012 des SwissDRG pour les soins aigus, et de Tarpsy pour la psychiatrie en 2018, une structure tarifaire propre à la réadaptation est effective depuis le 1^{er} janvier 2022 (ST Reha). ² Cette structure définit 8 domaines de réadaptation spécialisée et une catégorie «autres», en fonction des diagnostics, des niveaux de dépendance fonctionnelle du patient et d'intensité des thérapies (seuils).

La mise en application d'une telle structure tarifaire est louable car elle vise à garantir la

prise en charge financière pérenne des soins de réadaptation. En intégrant l'obligation d'utiliser un processus de réadaptation (évaluation standardisée des patients, fixation à l'entrée et réévaluation régulière des objectifs en interprofessionnalité), ST Reha a aidé certaines institutions à mieux structurer leur démarche thérapeutique et permis une harmonisation des pratiques entre cantons ou établissements de réadaptation. Finalement, ST Reha permet aussi de reconnaître les prestations thérapeutiques spécialisées (physiothérapie, ergothérapie, logopédie, etc.) en modifiant la rémunération selon le nombre de minutes de thérapie reçues hebdomadairement par le patient, en sus du financement lié aux caractéristiques du patient (diagnostics principaux, comorbidités, niveau de dépendance) comme les autres structures tarifaires.

LE RISQUE EST RÉEL D'ASSISTER À UNE SURENCHÈRE DE PRESTATIONS THÉRAPEUTIQUES

Plusieurs enseignements moins encourageants doivent être tirés après 8 mois de pratique. Premier constat, le seuil de thérapies nécessaires pour une réadaptation efficiente reste inconnu (par exemple, 300 min. de thérapies/sem pour la réadaptation gériatrique). Jusqu'à présent, aucune étude scientifique n'a démontré une relation entre une intensité des thérapies avec un seuil défini et un taux de retour à domicile ou une meilleure évolution fonctionnelle. Autrement dit, la littérature ne permet pas de conclure que plus de thérapies permet une meilleure récupération, en particulier (mais pas uniquement!) pour la réadaptation gériatrique. Afin de minimiser le risque financier pour les institutions, cette approche basée sur le seuil de thérapie aura (ou a déjà !) comme effet une tendance à sélectionner des patients ayant le plus de

Bibliographie

1
- www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1

2
- www.swissdrg.org/fr/readaptation/st-reha/st-reha

Bibliographie

3

Mirlesse N, Nguyen K, Graf C, Frangos E. Réadaptation ortho-gériatrique: enjeux et impact. Rev Med Suisse 2022;18:2067-70.

4

Seematter-Bagnoud L, Rochat S, Monod S, et al. Predictors of functional recovery in patients admitted to geriatric post-acute rehabilitation. Arch Phys Med Rehab 2013; 94:2373-80.

5

Seematter-Bagnoud L, Frascarolo S, Büla C. How much do combined affective and cognitive impairments worsen rehabilitation outcomes after hip fracture? BMC Geriatrics 2018;18(1):71. DOI: 10.1186/s12877-018-0763-x.

6

https://plateforme-reha.ch/wp-content/uploads/2021/08/2019_STMC_definition-et-references_Plateforme-Reha_FR.pdf

7

https://plateforme-reha.ch/wp-content/uploads/2021/08/Rapport-SIR_2020_FR.pdf

probabilité d'être capables d'effectuer les minutes de thérapie requises. En conséquence, les patients peu polymorbides et dont le potentiel de réadaptation est élevé risquent d'être admis prioritairement, en défaveur de la population nécessitant réellement une réadaptation stationnaire qui évolue vers des caractéristiques opposées.

Un deuxième constat concerne le risque réel d'assister à une surenchère de prestations thérapeutiques (more is more!) possiblement inutiles, voire même délétères pour le patient. De fait, les retours préliminaires du benchmarking suggèrent déjà que certaines institutions offrant beaucoup de prestations n'obtiennent pas de meilleurs résultats (fonctionnels et mobilité) que d'autres ayant une offre beaucoup plus limitée.

Troisième constat concernant spécifiquement la réadaptation gériatrique: les risques d'une mauvaise couverture tarifaire sont importants. En effet, dans une population par définition polymorbide et fragile, l'évaluation du potentiel de réadaptation reste un défi et, dans une optique de promotion de retour à domicile, le doute devrait profiter au patient. Se pose alors la question de la prise en charge des patients à forte probabilité de ne pas atteindre les seuils (minutes) de thérapie. De même, la question de la prise en charge des

patients qui présentent une complication durant leur séjour (environ un patient sur six!) n'est pas résolue. Un transfert systématique en soins aigus serait certainement délétère et ne semble pas réaliste. Des discussions sont en cours au niveau national pour pouvoir clarifier ces deux aspects et permettre à nos patients âgés de bénéficier d'une réadaptation gériatrique spécialisée qui a clairement démontré son efficacité.³⁻⁵

Finalement, la question concernant l'inclusion des interventions soignantes spécifiques de réadaptation (par exemple, entraînements aux transferts, à la toilette) dans les minutes de thérapie n'est pas résolue. Plusieurs travaux sont en cours pour promouvoir la notion de soins infirmiers de réadaptation (SIR), d'en définir la nomenclature et la nécessité de formation, ceci afin de les prendre en compte dans les évolutions futures de ST Reha.^{6,7}

Au total, on peut s'interroger sur la pertinence d'un financement qui favorise la rigidification et le morcellement de la prise en charge du patient, à un moment où la crise sanitaire récente nous a précisément rappelé la nécessité d'une flexibilité et d'une adaptabilité fortes de notre système de santé.

**UN FINANCEMENT
QUI FAVORISE LA
RIGIDIFICATION
ET LE MORCELLE-
MENT DE LA
PRISE EN CHARGE
DU PATIENT**