

Gestion des défis actuels en Suisse dans le secteur des soins stationnaires de longue durée : enseignements à tirer de la pandémie de coronavirus

Recommandations d'un comité national d'experts

9 janvier 2023

Résumé

Dès le début de la pandémie de COVID-19, il était de notoriété publique en Suisse que les personnes très âgées et déjà malades, a fortiori lorsqu'elles vivaient dans des institutions de soins de longue durée, formaient un groupe de personnes hautement vulnérables. Pendant la pandémie, de nombreuses institutions ont rapidement atteint les limites de leurs possibilités dans l'élaboration de plans de protection, de mesures d'isolement et de cohortage, faute de personnel, pour des raisons techniques et par manque de place, et n'ont pas reçu le soutien nécessaire de la part des communes et des cantons. Les soins médicaux ont laissé à désirer dans de nombreuses institutions.

Un comité national d'experts a analysé les défis rencontrés dans le secteur des soins stationnaires de longue durée au cours de la pandémie de coronavirus et en a tiré des recommandations applicables à cinq champs d'action : le rôle des établissements médico-sociaux (EMS) en tant que lieux de résidence et de vie pour les personnes âgées ainsi qu'en tant qu'institutions de soins médicaux devra être mieux reconnu. Ces derniers doivent être garantis, tout comme la qualité de la prise en charge des résidents. Il faut notamment renforcer les compétences spécialisées, entre autres dans les domaines de la planification anticipée concernant la santé, de la gériatrie, de la gérontopsychiatrie, de l'épidémiologie, de la prévention et du contrôle des infections, des soins palliatifs, de la pharmacie/pharmacologie et de l'éthique. La collaboration interprofessionnelle et fondée sur la cybersanté doit aller de soi. L'analyse montre que la pandémie n'a fait qu'accentuer ces défis, et que les recommandations, au titre d'enseignements tirés de l'expérience, ne se limitent pas à ce cas de figure.

Contexte

La Swiss National COVID-19 Science Task Force a conseillé les autorités durant la crise du COVID-19. Elle n'a volontairement pris aucune décision concernant les mesures ou les actions. Aussi des représentants de la Swiss National COVID-19 Science Task Force ont-ils proposé durant l'été 2021, en réponse aux défis spécifiques rencontrés par le secteur des soins stationnaires de longue durée¹ au cours de la pandémie de coronavirus, de former un comité national d'experts.

Dans un premier temps, un groupe central rassemblant sept spécialistes provenant de divers domaines a été constitué². Au cours de plusieurs séances, il s'est penché en détail sur les défis rencontrés par le secteur des soins stationnaires de longue durée pendant la pandémie de coronavirus, a décrit les problèmes existants et défini des champs d'action.

La première table ronde du comité national ad hoc s'est tenue le 18 novembre 2021 et a réuni quelque 40 spécialistes de la Suisse entière (voir annexe). À l'issue de cette rencontre, le groupe central a rédigé

¹ Il s'agit des établissements médico-sociaux (EMS) pour personnes âgées et des institutions pour personnes handicapées.

² Membres du groupe central : **Klaus Bally** (commission interprofessionnelle d'experts chargée de soutenir le canton de Bâle-Ville sur le dossier des soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19), **Gabriela Bieri** (directrice médicale des EMS de la Ville de Zurich), **Thomas Häslü** (médecin spécialiste en médecine interne et en gériatrie, Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter, Zurich), **Silvia Marti** (responsable de projet à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS), **Sven Streit** (responsable des soins de base interprofessionnels, Institut bernois de médecine de famille (BIHAM), Université de Berne), **Lea von Wartburg** (responsable de la section Politique nationale de la santé, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral de la santé publique OFSP) et **Franziska Zúñiga** (directrice de l'enseignement à l'Institute of Nursing Science (INS), faculté de médecine de l'Université de Bâle)

un projet de recommandations, qui a été envoyé aux membres du comité pour consultation. Ce projet a ensuite été adapté, sur la base des réponses reçues, pour soumission lors de la deuxième séance du comité, le 20 mai 2022. Après cette deuxième table ronde nationale, les recommandations ont été à nouveau modifiées et approuvées par écrit par les membres du comité.

Dans ses recommandations, le comité a volontairement mis l'accent sur les soins stationnaires de longue durée, en sachant toutefois que la prise en charge, les soins et le traitement des personnes âgées doivent être considérés comme formant un tout, de la prise en charge ambulatoire à domicile jusqu'aux soins médicaux prodigués dans les services hospitaliers de soins aigus et de gériatrie. Le nombre d'infections graves au COVID-19 ou de décès dus à cette maladie est bien plus élevé chez les résidents des EMS que chez les personnes âgées ne vivant pas en institution. Les explications et recommandations suivantes ne se limitent volontairement pas à une situation de pandémie, mais portent sur la gestion des multiples problèmes rencontrés dans le secteur des soins stationnaires de longue durée prodigués aux personnes âgées, problèmes que la pandémie a révélé au grand jour.

A. Analyse : la situation des soins stationnaires de longue durée au cours de la pandémie de COVID-19

En 2020, 152 753 personnes résidaient dans un EMS (y c. séjour de courte durée)³. Une large majorité de ces personnes âgées ont besoin d'une prise en charge plus ou moins importante. Il faut dire qu'on tend à entrer toujours plus tard en EMS, en étant plus malade et plus fragile qu'il y a quelques années encore, ce qui constitue un réel défi pour les institutions. La mission première des EMS reste d'offrir aux personnes âgées nécessitant un soutien un lieu et un cadre de vie qui répondent à leurs besoins et soit aussi personnel que possible. En outre, ces dernières décennies, les EMS sont de plus en plus devenus des institutions prodiguant des soins médicaux de base et des soins spécialisés, soignant et accompagnant des personnes très âgées et atteintes d'affections multiples, ainsi que de troubles physiques et psychosociaux. Sachant qu'une part croissante des résidents sont incapables de discernement à cause d'une démence, le processus de prise de décision doit être mené avec leurs représentants légaux, ce qui complique encore la tâche des institutions.

Dès le début de la pandémie de COVID-19 en Suisse, il était de notoriété publique en Suisse que les personnes très âgées et déjà malades, a fortiori lorsqu'elles vivaient dans des institutions de soins de longue durée, formaient un groupe de personnes hautement vulnérables face à cette maladie. Malgré cela, les autorités ont longtemps accordé trop peu d'attention aux institutions durant leur gestion de la pandémie. Par exemple, les EMS ont reçu nettement moins de matériel de protection que les hôpitaux au début de la crise.

De nombreuses institutions ont rapidement atteint les limites de leurs possibilités dans l'élaboration de plans de protection, de mesures d'isolement et de cohortage, faute de personnel, pour des raisons techniques et par manque de place, et n'ont pas reçu le soutien nécessaire de la part des communes et des cantons pour apporter une réponse coordonnée aux problèmes rencontrés. Souvent aussi, les services des médecins cantonaux se sont concentrés sur les hôpitaux de soins aigus et n'ont pu prendre en compte qu'accessoirement les institutions de soins de longue durée.

Au cours de la pandémie, le traitement médical des résidents a laissé à désirer dans de nombreuses institutions. Beaucoup de médecins n'ont pas voulu ou pu rendre visite aux résidents d'institutions dont ils s'occupaient, pour diverses raisons (p. ex. parce qu'eux-mêmes faisaient partie du groupe à risque). En outre, de nombreux EMS ne disposent pas – selon la réglementation cantonale – de médecin responsable des questions transversales (ne concernant pas des résidents individuels), ce qui compliquait sérieusement l'examen des aspects infectiologiques, épidémiologiques ou d'hygiène.

³ [Établissements médico-sociaux | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/services/04/01/01424/index.html)

La charge de travail dans les EMS était déjà considérable avant la pandémie, et la situation s'est encore détériorée au cours de cette période.

Durant la crise, il aurait fallu consacrer davantage d'attention à la coordination entre les EMS et les hôpitaux. En effet, les compétences relatives à la gestion de la pandémie n'étaient pas toujours claires. Du point de vue administratif, les EMS sont du ressort du département de la santé publique dans de nombreux cantons, alors que dans d'autres, ils relèvent du département chargé des affaires sociales, ce qui complique la coordination, les EMS ne faisant alors pas partie du système de santé.

Les problèmes de collaboration entre les EMS et les hôpitaux qui existaient déjà se sont exacerbés durant la pandémie, et les échanges d'informations se sont avérés difficiles. À certains endroits, les résidents ayant besoin d'être hospitalisés ne l'ont donc pas été, tandis qu'ailleurs, des personnes qui auraient préféré être traitées à l'EMS ont été transférées dans un hôpital. Ces décisions ont parfois été prises sans tenir compte de la volonté expresse des résidents ou de leurs représentants thérapeutiques, qu'elle ait été exprimée oralement, dans des directives anticipées ou des instructions médicales en cas d'urgence.

Les EMS ont largement été livrés à eux-mêmes pour affronter la pandémie sur les questions épidémiologiques, d'hygiène ou d'éthique.

Les fermetures d'établissements et les interdictions de sortie prononcées en toute bonne foi pendant des mois entiers, afin de protéger les résidents d'une infection au COVID-19, ont été à l'origine de sérieux problèmes psychologiques non seulement chez les résidents, mais parmi leurs proches également. En outre, alors qu'il était question de protéger des vies humaines quitte à empiéter sur la qualité de vie, il n'y a pas eu de discussion approfondie afin d'aider les EMS à gérer la pandémie.

Les problèmes susmentionnés ont aggravé la situation dans les EMS, avec pour effet qu'en Suisse aussi, bon nombre de résidents sont décédés à cause de leur profil de risque. Selon l'OFSP (rapport concernant les décès liés au COVID-19 en Suisse), 43 % des décès liés au COVID-19 survenus jusqu'à fin avril 2022 ont été enregistrés en EMS, 47,5 % à l'hôpital et 2,6 % ailleurs. Le lieu du décès n'est pas précisé dans 7 % des cas⁴. On ignore en outre combien de résidents d'EMS sont décédés à l'hôpital.

B. Problèmes actuels (défis) dans le domaine des soins de longue durée

Le comité a identifié, sur la base de cette analyse de la situation, cinq problèmes (défis). Il considère qu'ils sont indépendants de la pandémie de COVID-19, et donc qu'ils vont perdurer après elle. La pandémie n'a fait que révéler au grand jour et exacerber des problèmes qui existaient déjà.

Le comité s'est dès lors efforcé de formuler des recommandations plus générales que celles découlant de l'étude réalisée par INFRAS sur le COVID-19 dans le cadre d'un mandat de recherche de l'OFSP⁵, et de ne pas se limiter aux problèmes spécifiques à la pandémie.

1. L'EMS en tant qu'espace de vie et institution prodiguant des soins médicaux

D'une part, en tant que lieux de vie collectifs, les EMS se doivent d'offrir aux personnes âgées un chez-soi où elles puissent aménager individuellement leur quotidien personnel avec leur cercle social, tout en participant à la vie sociale (p. ex. en recevant des visites). D'autre part, il est attendu des EMS et des professionnels y travaillant qu'ils assurent eux-mêmes des soins médicaux d'une complexité croissante. Au-delà de la phase post-aiguë suivant les séjours hospitaliers, les tâches qui leur incombent relèvent par exemple de la pharmacologie, de l'épidémiologie/prévention et contrôle des infections, de la réadaptation et de la gérontopsychiatrie, sans oublier les soins palliatifs multidimensionnels. Les EMS constituent ainsi un maillon essentiel de la chaîne de soins médicaux, avec leur mission propre. Ils déchargent en outre les cliniques de soins aigus et de réadaptation, de même que les unités de soins

⁴ Rapport sur la situation épidémiologique en Suisse et au Liechtenstein (comprend tous les décès pour la période allant du 5 octobre 2020 au 1^{er} mai 2022 ; évaluation interne à l'OFSP, chiffres non publiés)

⁵ Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Crise du coronavirus : analyse de la situation des personnes âgées et des personnes résidant dans des institutions sociales ; 2021-executive-summary-analyse-corona-krise-f.pdf

palliatifs, en reprenant des patients de ces institutions, mais sans pour autant les évaluer même de loin pour les traitements médicaux et l'encadrement infirmier offerts, qu'il s'agisse de leur dotation en personnel qualifié ou de leurs moyens financiers.

À cela s'ajoute que dans plusieurs cantons, les soins de longue durée (tant stationnaires qu'ambulatoires), et donc la responsabilité des EMS, sont du ressort des communes. Or, les plus petites communes notamment, comme l'a clairement montré la pandémie de coronavirus, sont dépassées par la complexité des problèmes infectiologiques et épidémiologiques et ne parviennent pas à apporter à temps le soutien requis à leurs EMS.

Aujourd'hui encore, il n'existe pas de registre national des maladies ou des décès survenus en EMS qui permette de déduire et de formuler des recommandations spécifiques pour les situations de pandémie.

2. Soins médicaux aux résidents d'EMS

La prise en charge médicale des résidents d'EMS ne fait l'objet d'aucune réglementation contraignante sur une grande partie du territoire suisse, ni même de simples recommandations en bien des endroits. On constate toutefois ici de claires différences entre régions linguistiques, de nombreux cantons romands formulant des exigences en la matière, ce qui est rarement le cas outre-Sarine. Dans la plupart des EMS, les soins médicaux sont prodigués par les médecins de famille des résidents. Certains cantons obligent les EMS à désigner un médecin responsable de questions transversales telles que la prévention et contrôle des infections ou l'organisation des soins médicaux d'urgence. Dans la plupart des cas et contrairement aux hôpitaux, aucune prescription ne garantit ni la présence de personnel qualifié et sa disponibilité, ni son droit de donner des instructions, ni même sa responsabilité concernant les questions médicales pour tout l'EMS. En cas d'urgence, notamment la nuit et le week-end, les EMS recourent le plus souvent au service d'urgences régional, ce qui conduit à des hospitalisations inutiles et contraires à la volonté des résidents. Bien des cantons n'ont même pas défini de critères de qualité pour les compétences médicales propres à la gériatrie, à la gérontopsychiatrie ou aux soins palliatifs. Le canton de Vaud montre ici l'exemple : un groupement cantonal des médecins travaillant en EMS y a vu le jour. Et comme il dispose d'une représentante permanente au sein de la société cantonale de médecine, il est en étroite contact avec les autorités. Toujours dans le canton de Vaud, un protocole d'accord définit les principes de collaboration entre les EMS et leurs médecins responsables ou les médecins de famille actifs dans leurs murs. Les médecins responsables reçoivent dans tout le canton une rémunération forfaitaire pour leur activité de coordination. En outre, des mesures efficaces d'assurance-qualité ont été établies avec des critères de rémunération, et tout échange électronique de données entre les médecins et l'EMS doit être conforme aux règles en vigueur.

La pénurie de médecins de famille qui s'annonce entraînera une diminution des visites à domicile ou dans les EMS. Et comme des facteurs économiques rendent déjà les visites à domicile financièrement peu attrayantes pour les médecins et les prestataires commerciaux de soins médicaux ambulatoires, une carence de soins médicaux est d'autant plus à craindre pour les résidents d'EMS. Il a hélas fallu constater à diverses reprises que les médecins de famille qui soignent les résidents dans les règles de l'art et avec beaucoup de dévouement se font reprocher par les assurances-maladie leur pratique jugée non économique et qu'il leur faut restituer une partie de leurs honoraires, ce qui les décourage encore plus.

3. Soins et encadrement des résidents d'EMS

Les EMS ont souvent de la peine à recruter, pour les soins et l'encadrement, du personnel ayant des connaissances et des compétences en gériatrie, en gérontopsychiatrie et en soins palliatifs (en raison p. ex. de l'assèchement du marché du travail ou des prescriptions minimales établies par le canton pour les professionnels, avec les conditions financières qui s'ensuivent). De façon générale, les EMS manquent de personnel soignant avec diplôme ES/HES. À beaucoup d'endroits, le ratio entre les effectifs du personnel infirmier et le nombre de patients ne correspond pas aux besoins de l'institution et des résidents. En outre, à l'heure actuelle, l'équilibre entre compétences de métier et niveaux de formation ne correspond pas aux besoins d'aide et de soins des résidents. Les assistants en soins et santé com-

munautaire CFC, les assistants socio-éducatifs CFC et le personnel auxiliaire accompagnant au quotidien les résidents ont souvent des compétences professionnelles insuffisantes, face à des situations toujours plus complexes, pour pouvoir observer de manière adéquate les symptômes cliniques des résidents ou pour constater à temps les changements d'état et en informer leur hiérarchie. Leur niveau de formation n'est pas adapté aux situations de soins complexes. Or, il est bien connu que c'est à condition de reconnaître à temps leurs changements d'état ou de comportement et de les signaler au service compétent que l'on peut améliorer l'état de santé des résidents et diminuer ainsi drastiquement le nombre d'hospitalisations.

4. Expertise supplémentaire nécessaire dans les EMS

Beaucoup d'EMS n'ont pas l'expertise nécessaire pour apporter aux résidents des soins médicaux de nature multidimensionnelle, ou du moins celle-ci n'est pas institutionnalisée et il manque des points de contact :

- compétences professionnelles en planification anticipée concernant la santé, sous forme d'entretiens qualifiés (directives anticipées, instructions en cas d'urgence, plans de traitement et d'urgence)
- compétences professionnelles en gériatrie
- compétences professionnelles en psychogériatrie ou gérontopsychiatrie
- compétences professionnelles en infectiologie (épidémiologie) et prévention et contrôle des infections (y c. pour les mesures d'isolement et de cohortage)
- compétences professionnelles en soins palliatifs
- compétences professionnelles en pharmacie/pharmacologie
- compétences professionnelles et aide dans le domaine de l'éthique et du conseil éthique

L'EMS est le dernier domicile des personnes âgées. Une grande majorité des gens aimeraient y recevoir des traitements médicaux et autant que possible y être pris en charge jusqu'à leur mort. Comme les hospitalisations de résidents d'EMS peuvent être à l'origine de maladies nosocomiales, de complications iatrogènes, de délire, d'immobilisation et d'une dégradation de l'état fonctionnel, il faudrait y renoncer si les avantages potentiels ne sont pas manifestes. Cela implique toutefois que l'institution d'accueil dispose de compétences professionnelles dans les domaines précités, ou que ces dernières soient réglées au niveau institutionnel et puissent être sollicitées le moment venu sous forme d'expertise externe.

5. Communication interprofessionnelle et interinstitutionnelle

Il existe des preuves claires qu'une communication numérique interprofessionnelle et interinstitutionnelle permet d'améliorer la prise en charge, notamment dans le cas des personnes âgées polymorbides ayant des besoins complexes. Or, en Suisse, il n'est guère possible à l'heure actuelle pour les fournisseurs de prestations (hôpitaux, EMS, domaine ambulatoire) d'échanger efficacement des données par voie électronique. Même les échanges entre le personnel soignant des EMS et les médecins de famille prodiguant des soins aux résidents n'ont généralement pas lieu via une plateforme électronique, ne serait-ce que dans le domaine de la médication, mais comportent diverses étapes intermédiaires sujettes aux erreurs.

L'introduction du dossier électronique du patient ne permettra malheureusement pas non plus, sous la forme actuellement envisagée, des échanges de données « intelligents » entre les professionnels de la santé de différentes institutions.

C. Approches et recommandations relatives aux problèmes décrits (défis)

Outre la formulation de solutions ou de recommandations, le comité national s'est également efforcé de définir la compétence pour les différentes recommandations. Etant donné que dans certains cantons, surtout en Suisse alémanique, les communes fixent des conventions de prestations avec les institutions de soins stationnaires de longue durée, dans ces cas, lorsqu'il est question d'une compétence des cantons, les communes sont également concernées

1. L'EMS en tant qu'espace de vie et institution prodiguant des soins médicaux

Les EMS doivent être conçus comme des lieux de logement accompagné pour des personnes âgées ayant besoin d'aide, mais aussi toujours plus comme des institutions apportant des soins de santé à des personnes souvent polymorbides et aux besoins complexes. Dans ces conditions, des compétences spécifiques s'imposent. Comme une collaboration interprofessionnelle tant à l'interne qu'avec les fournisseurs de prestations dans les domaines ambulatoire ou stationnaire (médecins, personnel infirmier, assistants en soins et santé communautaire CFC, assistants socio-éducatifs CFC et personnel auxiliaire, mais aussi psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes et spécialistes en activation, dentistes, hygiénistes dentaires, oculistes, etc., sans oublier les hôpitaux régionaux de soins aigus ou gériatriques).

Priorité : élevée	
Responsabilité /compétence :	
Aspects structurels :	<p>Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixation des conditions-cadres légales (notamment pour les soins médicaux et les exigences de qualité, p. ex. pour les systèmes CIRIS (Critical Incident Reporting System) ou pour la gestion de la qualité); - Création pour les institutions de soins de longue durée d'un registre national des morbidités et de la mortalité qui permette de formuler des recommandations pratiques pour les EMS ; cet objectif pourrait être atteint par l'intermédiaire de la promotion à la recherche. <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilité de légiférer et de formuler des mandats de prestations qui renferment des exigences de qualité minimales pour les soins de santé et le reste de l'offre ; - Les EMS doivent être considérés et traités comme un maillon de l'offre cantonale de soins de santé ; - Soutien dans la gestion des situations exceptionnelles. <p>Association faïtière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulation de recommandations (pour la mise en œuvre des prescriptions et en particulier des instructions pour les situations exceptionnelles).
Financement :	<p>Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement des soins prévu par la LAMal doit être adapté pour tenir compte de la complexité croissante des soins. Les contributions dues par les assureurs-maladie feront l'objet de contrôles réguliers et, au besoin, seront adaptées de façon à garantir le remboursement adéquat des coûts, même quand le besoin de soins dépasse 240 minutes par jour ; - Réglementation du financement des prestations supplémentaires s'imposant pour éviter une hospitalisation (intervention par ex. d'équipes mobiles de soins palliatifs, planification anticipée concernant la santé) ; - Financement de mesures de prévention et de promotion de la santé. <p>Partenaires tarifaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'une base prévoyant des forfaits médicaux (cas particuliers) <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement résiduel des prestations de soins doit être réglé de façon à garantir la qualité des soins ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Les mesures cantonales de prévention et de promotion de la santé doivent également tenir compte des besoins des résidents d'EMS ; - Création pour le personnel de santé des EMS d'incitations financières à effectuer de la formation, du perfectionnement et de la formation continue (mise en œuvre de l'initiative sur les soins).⁶
Formation :	<p>Confédération et cantons/institutions formatrices/Organisations du monde du travail en santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise au point d'offres de formation à différents échelons en vue de l'acquisition ou du maintien des compétences correspondantes (p. ex. dans les domaines de la prévention et contrôle des infections, de l'assistance et des soins aux personnes atteintes de démence, ainsi que des soins palliatifs) ; dans le cadre de la formation et du perfectionnement, l'accent sera mis sur l'interprofessionnalité. - Les offres de formation doivent être transparentes pour les consommateurs (soit les EMS) et adaptées aux besoins de l'institution. <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscription dans les mandats de prestations des institutions d'obligations en matière de perfectionnement et de formation continue, l'organisation des formations médicales continues étant du ressort des sociétés de discipline médicale ; il s'agira également d'allouer les ressources requises.

2. Soins médicaux aux résidents d'EMS

Pour garantir aux résidents d'EMS une prise en charge médicale adéquate, il faut prévoir certaines exigences contraignantes. Un ou plusieurs médecins doivent être désignés comme responsables des questions transversales et habilités, le cas échéant, à donner des instructions sur les questions d'épidémiologie, d'infectiologie, de pharmacologie et de prévention et contrôle des infections notamment, les médecins des établissements et les médecins de famille devant se montrer coopératifs. Les compétences, les responsabilités et les aptitudes des médecins de famille actifs dans les EMS ainsi que des médecins responsables de telles institutions doivent être précisées et formulées par écrit avec les responsables des soins. Les réglementations en vigueur dans le canton de Vaud pour les critères de qualité et pour la rémunération correspondante peuvent être considérées ici comme exemplaires. Les modèles de soins coopératifs comme dans le canton de Zurich, les groupements des médecins travaillant en EMS ou les cabinets médicaux mobiles peuvent également servir de modèles. Il convient en outre de vérifier dans quelle mesure le personnel infirmier de pratique avancée (*advanced practice nurse*, APN) pourrait participer à la prise en charge médicale des résidents d'EMS. Dans plusieurs pays européens, il est étroitement intégré aux soins prodigués aux résidents d'EMS. Des modèles de rémunération doivent être créés à cet effet. Il faut encore que la structure des soins médicaux et leur organisation gagnent en transparence au profit des résidents, de leurs proches ainsi que de tous les acteurs des soins. La prise en charge médicale des résidents en cas d'urgence doit être réglée de façon à éviter toute hospitalisation inopportune et non souhaitée. On peut s'inspirer ici des modèles de bonnes pratiques venant d'autres pays. Il s'agit d'identifier et de bien gérer les facteurs prédisposant à une hospitalisation et les systèmes d'incitations erronés.

Les conditions-cadres doivent être modifiées pour que le rôle de médecin responsable d'EMS ou de médecin de famille de résidents gagne en attrait. Il faut agir notamment sur le terrain de la formation de base, postgrade et continue (afin de garantir des traitements sûrs), mais aussi au niveau de la rémunération des activités de prise en charge des résidents d'EMS.

Dans ce contexte, il faudrait envisager la création d'une attestation de formation complémentaire de médecin responsable d'EMS, afin notamment de revaloriser l'image de l'activité médicale exercée en institution et de mieux la rétribuer.

On pourrait ainsi supprimer au profit de tels médecins certaines limitations concernant le nombre de visites, les forfaits de déplacement et les prestations en l'absence du patient. En outre, une position

⁶ Cf. [FF 2019 7633 - Loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers \(Projet\) \(admin.ch\)](#)

tarifaire spéciale permettrait d'organiser de manière interprofessionnelle le travail médical dans les EMS. À long terme, diverses professions non-médicales reprendraient certaines tâches (p. ex. personnel infirmier de pratique avancée (APN), coordinateurs en médecine ambulatoire, pharmaciens). La CDS ou les cantons doivent vérifier s'il ne faudrait pas rendre obligatoire, en vue de l'exercice de la fonction de médecin responsable d'EMS, une formation continue qualifiante et adéquate.

Priorité : élevée	
Responsabilité /compétence :	
Aspects structurels :	<p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition de critères minimaux concernant la desserte par des médecins responsables d'EMS : présence, disponibilité, sphère de responsabilité et critères de qualité ; - Préparation de la réglementation spécifique aux cas d'urgence, au niveau régional et le cas échéant sur le plan supracantonal ; - Exigences de formation continue qualifiante pour les médecins responsables d'EMS ; - Élaboration de modèles de prise en charge : présence obligatoire de médecins responsables d'EMS répondant à une série d'exigences en matière de qualité, de collaboration et de présence et rémunérés en conséquence. <p>Associations faitières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création / actualisation de contrats types de collaboration destinés aux médecins responsables d'EMS, aux médecins actifs dans un EMS et aux institutions, notamment pour les médecins gériatres, les spécialistes en soins palliatifs, les dentistes, les oculistes, etc.
Financement :	<p>Partenaires tarifaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarif suffisant pour couvrir les coûts (p. ex. rémunération des prestations de coordination, planification anticipée concernant la santé, conseils aux proches et interventions prenant du temps dans le cadre des soins palliatifs) ; mise au point de modèles d'indemnisation des interventions de personnel infirmier de pratique avancée (APN). <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rémunération des prestations de base fixes du ressort des médecins responsables d'EMS et des interventions de piquet effectuées en cas de situation d'urgence.
Formation :	<p>Confédération et cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation de la formation universitaire de base et postgrade, en tenant compte des compétences respectives et des besoins des institutions de soins de longue durée. <p>Sociétés de discipline :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conception d'offres de formation continue spécifiques aux EMS ; - Efforts pour créer une attestation de formation complémentaire de médecin responsable d'EMS ; - Encouragement de la création de cercles de qualité à l'approche interprofessionnelle.

3. Soins et encadrement des résidents d'EMS

Pour que les institutions puissent garantir que les compétences de métier et les niveaux de formation de leur personnel correspondent aux besoins, il convient de décrire plus précisément et de manière uniforme à tous les niveaux les compétences attestées par les divers diplômes.

Un bon équilibre entre compétences de métier et niveaux de formation ne suffit toutefois pas à garantir des soins de qualité. Il faut encore un ratio adéquat entre les effectifs du personnel infirmier et le nombre de patients (des exigences spécifiques selon le setting en matière de dotation en personnel (*skill-grade-mix*)). En particulier, les institutions de soins de longue durée doivent pouvoir engager un pourcentage

plus élevé de personnel soignant avec diplôme ES/HES, ainsi que d'assistants spécialisés en soins de longue durée et accompagnement (avec brevet fédéral). En outre, il faut veiller à ce que les assistants en soins et santé communautaire CFC, les assistants socio-éducatifs CFC et le personnel auxiliaire soient en mesure de reconnaître à temps les changements d'état ou de comportement des résidents et d'en informer leur hiérarchie. Les nouveaux concepts organisationnels doivent pouvoir être compris et rapidement mis en œuvre. À cet effet, il faudra formuler des attentes et édicter des objectifs. Tant les observations que les rapports remis seront à chaque fois documentés. Il est important de prévoir des perfectionnements au niveau des CFC et des professions auxiliaires afin d'élargir et d'actualiser les connaissances. Cependant, pour que le savoir professionnel nouvellement acquis soit dûment mis en pratique, il faut aussi prévoir les ressources correspondantes, notamment en termes de personnel qualifié et de créneaux horaires.

Il convient de veiller à ce que des offres de formation et de perfectionnement soient créées dans les domaines de la gériatrie, de la gérontopsychiatrie, de la prévention et du contrôle des infections, de prise en charge des personnes atteintes de démence et de soins palliatifs, ou à ce que les offres existantes soient utilisées.⁷ L'activité riche en responsabilités du personnel soignant et d'encadrement des institutions de soins de longue durée doit gagner en visibilité, grâce notamment à des campagnes d'image. Il faudra créer des incitations à travailler dans les institutions de soins de longue durée (reconnaissance académique, perspectives de carrière, rémunérations).

Priorité : élevée	
Responsabilité /compétence :	
Aspects structurels :	<p>Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation des conditions-cadres (personnel spécialisé, financement des soins, qualité) ; il faut notamment tenir compte dans la loi (LAMal) du fait que les personnes atteintes de démence et celles en fin de vie ont besoin de davantage d'encadrement.
Financement :	<p>Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement des soins prévu dans la LAMal doit être adapté pour que les EMS puissent rémunérer convenablement le personnel soignant dont ils ont besoin. <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du financement résiduel des prestations de soins, et du financement des prestations fournies par les experts en soins dans le contexte des contrats-cadres avec les institutions ; - Réexamen et adaptation des exigences cantonales sur la diversité des compétences (structure des effectifs) au sein des institutions de soins de longue durée ; - Financement initial des adaptations nécessaires des programmes de formation et des offres de formation postgrade.
Formation :	<p>Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre de l'initiative sur les soins : offensive de formation, y compris dans les soins de longue durée. <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de systèmes d'incitation à la formation et au perfectionnement axés sur le personnel soignant avec diplôme ES/HES, les assistants en soins et santé communautaire CFC, les assistants socio-éducatifs CFC, les assistants spécialisés en soins de longue durée et accompagnement (avec brevet fédéral), les aides en soins et accompagnement AFP, ainsi que les experts en soins. <p>SEFRI/institutions formatrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation en fonction des besoins de la formation et du perfectionnement du personnel soignant avec diplôme ES/HES, des assistants en soins et santé communautaire CFC, des assistants socio-éducatifs CFC, des assistants spécialisés

⁷ OdASante propose des examens fédéraux (examens professionnels supérieurs) dans les domaines de la prévention des infections dans le secteur de la santé, des soins gériatriques et psychogériatriques et des soins palliatifs : <https://www.odasante.ch/fr/examens/>. Les personnes qui suivent des cours préparant à un examen fédéral sont soutenues financièrement par la Confédération depuis 2018 : [Contributions pour cours préparatoires aux examens fédéraux \(admin.ch\)](#)

	<p>en soins de longue durée et accompagnement (avec brevet fédéral), ainsi que des aides en soins et accompagnement AFP ;</p> <p>- L'accent sera mis sur l'interprofessionnalité dans le cadre des cours de formation et de perfectionnement. Dans l'idéal, la composition du corps enseignant ainsi que des participants sera interprofessionnelle.</p>
--	--

4. Expertise supplémentaire nécessaire dans les EMS

Au vu des exigences croissantes auxquelles doivent faire face les institutions de soins de longue durée et pour éviter tout séjour hospitalier inutile et éprouvant pour les résidents, les EMS doivent être soutenus de façon à pouvoir acquérir une expertise supplémentaire dans les domaines suivants :

- compétences professionnelles en planification anticipée concernant la santé, sous forme d'entretiens qualifiés (directives anticipées, instructions en cas d'urgence, plans de traitement et d'urgence)
- compétences professionnelles en gériatrie
- compétences professionnelles en psychogériatrie ou gérontopsychiatrie
- compétences professionnelles en infectiologie (épidémiologie) et prévention et contrôle des infections (y c. pour les mesures d'isolement et de regroupement en cohorte)
- compétences professionnelles en soins palliatifs
- compétences professionnelles en pharmacie/pharmacologie
- compétences professionnelles et aide dans le domaine de l'éthique et du conseil éthique

Ces connaissances et ce savoir-faire peuvent être proposés au sein des EMS, moyennant l'acquisition des compétences correspondantes, ou acquis à l'externe. Les petites institutions, notamment, ont besoin d'une offre externe, mise à disposition de préférence par un point de contact assurant la coordination au niveau cantonal ou régional. Selon le domaine, il s'agira des services de consultation et de liaison de professionnels de la médecine (p. ex. gérontopsychiatre), des soins (p. ex. expert en soins d'une équipe mobile de soins palliatifs), de la pharmacie (gestion des médicaments, pharmacien clinique) ou d'un autre domaine encore (éthique). Il serait également envisageable que plusieurs institutions s'organisent en réseau pour se procurer un soutien en infectiologie, en prévention et contrôle des infections ou en expertise en matière de soins gériatriques. Idéalement, de tels professionnels s'organiseront au sein de réseaux régionaux. Le financement des professionnels des soins externes auxquels il est fait recours pour leurs compétences spéciales (p. ex. professionnels des soins formés en soins palliatifs et faisant partie d'une équipe mobile de soins palliatifs) n'est pas réglementé de manière uniforme et doit être garanti à l'échelle nationale.

Priorité : moyenne	
Responsabilité /compétence :	
Aspects structurels :	<p>Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation de la LAMal <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulation d'exigences concernant l'accès aux offres nécessaires d'expertise externe ; - Soutien à la création de points de contact prodiguant des conseils à des fins de développement et d'assurance de la qualité des soins.
Financement :	<p>Confédération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réglementation du financement des prestations figurant dans la LAMal fournies par du personnel soignant externe, p. ex. dans une équipe mobile de soins palliatifs, par des experts en soins externes ou dans le cadre d'autres offres de consultation et de liaison non médicales ; de même, la réglementation du financement de la planification anticipée concernant la santé ainsi que des discussions de cas éthiques dans les institutions. <p>Cantons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge du financement des prestations non médicales ne pouvant être décomptées selon les systèmes tarifaires ordinaires.

5. Communication numérique interprofessionnelle et interinstitutionnelle

Il s'agit de créer des plateformes d'échange de données à caractère interprofessionnel et interinstitutionnel. Il faudra vérifier dans quelle mesure le DEP se prête à de tels échanges. Si ce n'est pas réalisable dans le cadre du DEP, il faudra créer des conditions permettant d'échanger efficacement les données en temps utile. Pour l'instant, il devrait au moins être obligatoire d'utiliser un plan de médication électronique pour tout contact entre les médecins et les institutions. Il faudra par ailleurs contrôler, dans le cadre des interventions axées sur la qualité, si et dans quelle mesure la collaboration interprofessionnelle contribue à la réalisation de l'objectif visé, tout en respectant les exigences de protection des données.

Priorité : élevée	
Responsabilité /compétence :	
Aspects structurels :	Confédération : <ul style="list-style-type: none">- Définition d'exigences sur le plan suisse pour les fournisseurs de prestations ou de solutions logicielles, afin que seuls puissent être utilisés à l'avenir les outils interfaçables selon les normes eCH (https://www.ech.ch/index.php/fr/standards/60502) ;- Obligation faite aux médecins établis en Suisse d'utiliser un plan de médication électronique et le DEP, ainsi que des outils spécifiques pour la communication entre les services prescripteurs et ceux chargés de l'exécution du mandat de soins et de traitement.
Financement :	Confédération et cantons : <ul style="list-style-type: none">- Participation à l'introduction de solutions logicielles visant à faciliter les échanges de données.

Annexe :

Membre du comité d'experts

Bally	Klaus	D ^r méd., Commission interprofessionnelle d'experts chargée de soutenir le canton de Bâle-Ville sur le dossier des soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19
Baudendistel	Urs	Directeur d'EMS et vice-président de Curaviva BS
Beck	Sacha	D ^r méd. MHA, Médecin spécialiste en médecine interne, spécialiste en gériatrie, Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter
Becker	Stefanie	D ^r phil., directrice d'Alzheimer Suisse
Bieri-Brünig	Gabriela	D ^r méd., Directrice médicale des EMS de la Ville de Zurich
Bosshard	Georg	PD, médecin spécialiste en médecine interne générale FMH, spécialiste en gériatrie ; médecin de l'EMS Bruggwiesen (ZH)
Coppex	Pia	Senesuisse, directrice adjointe
Elger	Bernice	Prof. D ^r méd., directrice de l'Institut de bioéthique et d'éthique médicale de l'Université de Bâle
Elmer	Dominique	Présidente de Langzeit Schweiz
Fischer	Barbara	Conseil suisse des aînés
Gurtner	Renate	MPH, directrice de palliative ch
Häsli	Thomas	D ^r méd., Médecin spécialiste en médecine interne et en gériatrie, Age Medical – Zentrum Gesundheit im Alter, Zurich
Hecht	Nadja	Experte en soins, directrice adjointe des soins de l'EMS Feldheim à Reiden
Heiniger	Susi	Directrice de l'EMS de Brienz (BE)
Heim	Bea	Ex-conseillère nationale, représentante du Conseil suisse des aînés
Hoberg	Verena	Collaboratrice scientifique, Santé publique Suisse
Jenni	Giovanna	Zentrum Schönberg AG, responsable des soins, de la médecine et de la thérapie
Joerger	Anna	Collaboratrice scientifique, Curaviva
Jox	Ralf	MD, PhD, chaire de soins palliatifs gériatriques, médecin chef, CHUV
Koch	Roswitha	Infirmière MPH, responsable du dép. Développement des soins infirmiers, ASI
Kuhn	Rene	Médecin-chef, médecin spécialiste en médecine interne générale FMH, spécialité gériatrie, Reusspark (AG)
Kunz	Roland	Médecin spécialiste en médecine interne générale FMH, spécialité gériatrie et médecine palliative, vice-président de la Société de gériatrie palliative (FGPG)
Leser	Markus	D ^r , responsable du domaine Personnes âgées, Curaviva Suisse
Lötscher	Claudia	Présidente de la Société scientifique des soins en gérontologie
Martani	Andrea	Institut de bioéthique et d'éthique médicale de l'Université de Bâle
Marti	Silvia	Responsable de projet à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS
Marty	Gabriele	Canton de Bâle-Campagne, Amt für Gesundheit, directrice du service d'aide à la vieillesse
Mauler	Laurent	Directeur du Service du réseau de soins, République et canton de Genève, Département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS)
Meyer	Tobias	Médecin spécialiste en médecine interne générale FMH, spécialité gériatrie, Médecine gériatrique universitaire Felix Platter (BS)
Mohler	Björn	Canton d'Argovie, responsable des soins de longue durée
Petrig	Marlies	Vice-présidente de Langzeit Schweiz
Rakic	Milenko	D ^r sc. méd., Collaborateur scientifique, section Politique nationale de la santé, Office fédéral de la santé publique OFSP
Roulet Schwab	Delphine	Présidente de GERONTOLOGIE CH, psychologue spécialisée en gérontologie, Professeure HES ordinaire Institut et Haute Ecole de la Santé La Source (HES-SO)

Schaffert-Witvliet	Bianca	APN, hôpital du Limmattal, présidente de la Commission d'éthique ASI, vice-présidente de la Commission centrale d'éthique de l'ASSM
Schuppisser	Susanna	D ^r sc. nat., Canton de Thurgovie, cheffe adjointe de l'Office de la santé publique
Streit	Svent	Prof. D ^r méd. D ^r phil., Responsable des soins de base interprofessionnels, Institut bernois de médecine de famille (BIHAM), Université de Berne
Tröger	Monika	Viva Luzern AG, responsable du service médical
Tschudin-Sutter	Sarah	Prof. D ^r méd., MSc, Hôpital universitaire de Bâle, direction de la section d'hygiène hospitalière
Vayne-Bossert	Petra	D ^r méd., médecin adjointe, Service de Médecine Palliative, HUG
von Wartburg	Lea	Responsable de la section Politique nationale de la santé, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral de la santé publique OFSP
Wirth	Corina	Directrice de Santé publique Suisse
Zúñiga	Franziska	Prof. D ^r , PhD RN, Directrice de l'enseignement à l'Institute of Nursing Science (INS), faculté de médecine de l'Université de Bâle