



1<sup>er</sup> Forum de la plate-forme nationale « Soins palliatifs », le 27 avril 2017

## Atelier 2 – fiche d'information

### Transferts ambulatoire – stationnaire

**Que reste-t-il à réaliser ces cinq prochaines années pour assurer des transitions les plus fluides possible en matière de soins pour les personnes en situation palliative ? Quels sont les besoins dans les hôpitaux et dans le domaine ambulatoire ?**

*La présente fiche d'information sert de base de travail pour les ateliers organisés dans le cadre du 1<sup>er</sup> Forum de la plate-forme nationale « Soins palliatifs ». Elle doit contribuer à délimiter la problématique et mettre en évidence les mesures mises en œuvre entre 2010 et 2015 dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs.*

#### 1. Problématique

En Suisse, environ 90 % des personnes âgées de 80 à 84 ans vivent à la maison et la majorité de la population souhaite décéder à domicile. Or environ 80 % des décès se produisent en institution.<sup>1</sup> Une étude suisse a montré que les transferts et les hospitalisations sont fréquents au cours des six mois précédant le décès. Cette analyse portant sur 11 310 décès survenus en 2014 a mis en évidence que 65 % des personnes avaient été transférées et 62 %, hospitalisées au moins une fois pendant les six derniers mois de leur vie. Le nombre moyen de transferts s'établissait à 3. Près de 13 % de ces transferts ont été jugés particulièrement pénibles, car ils ont concerné des personnes hospitalisées au moins trois fois durant les 90 derniers jours de leur vie ou des personnes hospitalisées au moins une fois au cours des trois jours précédant le décès.<sup>2</sup>

Les transferts constituent des défis pour la prise en charge des patients en situation palliative. Les hospitalisations en urgence sont fréquentes et peuvent être dues à une surcharge des proches aidants ou à un manque d'anticipation. Lors de l'admission, il faut garantir que le médecin qui prescrit l'hospitalisation, les services de soins à domicile ou l'EMS transmettent les informations à l'hôpital. Avant la sortie, il faut minutieusement prévoir et organiser l'accompagnement et le traitement de patients en situation palliative après le séjour hospitalier.

- 1. Quelles mesures concrètes faut-il prendre au niveau des interfaces pour assurer sans encombre les transferts entre l'ambulatoire et le stationnaire ?**
- 2. Comment mettre en œuvre ces mesures ? Avec quels acteurs ?**
- 3. Quels instruments, outils, processus, etc. pourraient s'avérer utiles ?**

<sup>1</sup> Observatoire suisse de la santé: Évaluation des données relatives au lieu de décès entre 2006 et 2011. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/datensituation-zu-palliative-care.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/datensituation-zu-palliative-care.html)

<sup>2</sup> Bähler, Caroline/Signorell, Andri/Reich, Oliver (2016): Health Care Utilisation and Transitions Between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. In: PLoS ONE 11(9): e0160932. doi:10.1371/journal.pone.0160932. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0160932>



## 2. Actions menées dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs

Plusieurs documents directeurs élaborés dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de soins palliatifs peuvent permettre d'améliorer le suivi aux interfaces.

### Utilisation d'un plan de suivi à Soleure

Sur mandat de l'OFSP et avec le soutien de la Caisse des Médecins Société coopérative, l'Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention et l'Institut de médecine de premier recours de l'Université de Zurich ont étudié les conditions et les obstacles pour l'utilisation d'un plan de suivi pour les soins palliatifs de premier recours et ont analysé les bénéfices de cet instrument. Le plan de suivi constitue un outil de travail dans l'accompagnement interprofessionnel, notamment pour la table ronde et pour l'échange quotidien d'informations. Comme le montre le sondage en ligne mené auprès des professionnels, son utilisation reste marginale dans les soins palliatifs. Mais lorsqu'il est utilisé, c'est un outil très apprécié et dont l'intérêt réside en particulier dans sa fonction de guide d'entretien ou de liste de contrôle pour la planification. Il peut en outre fournir des directives pour les proches en cas d'urgence. Enfin, affiché au domicile du patient, le plan de suivi permet un meilleur échange d'informations sur place entre les différents groupes professionnels.<sup>3</sup>

### Équipes mobiles de soins palliatifs

L'OFSP a commandé une étude sur les équipes mobiles de soins palliatifs, qui a été publiée en 2014. Ce premier état des lieux systématique a mis en évidence la très grande diversité des offres proposées. Certaines équipes mobiles sont rattachées à un hôpital ou font partie de l'institution. Elles profitent alors souvent des synergies qui existent avec l'unité de soins palliatifs ou l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière. D'autres équipes assurent le lien entre l'hôpital et les services d'aide et de soins à domicile ou entre ces derniers et les organisations de travail social ou de bénévoles. Elles intègrent en leur sein différents aspects de la prise en charge.<sup>4</sup>

## 3. Autres activités de la Confédération, de la CDS et de palliative ch

D'autres activités en cours ou réalisées sous les auspices de la Confédération, de la CDS ou de palliative ch sont présentées ci-dessous.

### OFSP : projet « Soins coordonnés »

La promotion des soins coordonnés fait partie de la stratégie « Santé2020 » adoptée par le Conseil fédéral. L'objectif consiste dans un premier temps à améliorer, dans le contexte hospitalier principalement, les soins coordonnés des patients (très) âgés et polymorbides. Une des mesures découlant de cet objectif est l'amélioration de la planification de la sortie de l'hôpital. À l'invitation de l'OFSP et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), fournisseurs de prestations, associations, autorités cantonales et assureurs se sont réunis le 8 décembre 2016 pour débattre de la planification de la sortie de l'hôpital.

Grâce à différentes présentations, les quelque 80 participants ont pu s'informer sur les initiatives qui existent en Suisse pour optimiser les interfaces dans la chaîne de traitement entre les soins aigus et le suivi.

Parmi les autres mesures du projet « Soins coordonnés » figure le renforcement de la planification, afin de permettre une coordination du traitement et du suivi des patients mieux adaptée à leur besoin. Il convient d'encourager la planification de la fin de vie (*advance care planning*, ACP) en tant qu'instrument prospectif de planification, de préparation et de prise de décision et afin d'éviter une hospitalisation superflue. À ce titre, une task force a été chargée d'élaborer un cadre général pour les ACP en Suisse.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/studie-zum-betreuungs-plan-palliative-care.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/studie-zum-betreuungs-plan-palliative-care.html)

<sup>4</sup> [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/bestandesaufnahme-mobile-palliativdienste.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/bestandesaufnahme-mobile-palliativdienste.html)

<sup>5</sup> [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html)

### **OFSP : dossier électronique du patient**

À l'avenir, chacun pourra mettre ses données médicales à la disposition des professionnels de la santé au moyen d'un dossier électronique. Ces données seront accessibles à tout moment et en tout lieu. Les patients bénéficieront ainsi de soins de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces. Suite à l'adoption par le Parlement de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, les bases légales sont désormais disponibles au niveau fédéral.<sup>6</sup>

### **Programme national de recherche « Fin de vie » (PNR 67)**

#### **Bally, Klaus et al.: Qualité de la prise en charge en fin de vie du point de vue des médecins de famille et des proches**

Ce projet étudie la prise en charge des personnes en fin de vie du point de vue des médecins de famille et des proches de patients décédés.

[www.nfp67.ch/fr/projets/module-1-deroulements-deces-offres-soins/projet-bally](http://www.nfp67.ch/fr/projets/module-1-deroulements-deces-offres-soins/projet-bally)

#### **Sottas, Beat et al. : Les proches soignants face aux situations critiques en fin de vie**

Le projet étudie la manière dont les proches perçoivent et gèrent les situations critiques liées à la fin de vie. Il propose des mesures pour éviter les hospitalisations pénibles aux personnes en fin de vie.

[www.nfp67.ch/fr/projets/module-1-deroulements-deces-offres-soins/projet-sottas](http://www.nfp67.ch/fr/projets/module-1-deroulements-deces-offres-soins/projet-sottas)

---

<sup>6</sup> [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/bundesgesetz-elektronische-patientendossier.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-ehealth-schweiz/bundesgesetz-elektronische-patientendossier.html)