

Zeitschrift: Magazine aide et soins à domicile : revue spécialisée de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile

Herausgeber: Spitex Verband Schweiz

Band: - (2018)

Heft: 5

Rubrik: Dossier "Financement des soins"

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 31.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



«Le pot commun des soins doit être mieux rempli»

Toujours plus de personnes atteindront un âge avancé engendrant des attentes toujours plus grandes envers leur prise en soins toujours plus complexe. Parmi ces personnes, bon nombre souhaiteront être soignées à domicile. La discussion est souvent très animée et délicate: qui doit financer aujourd'hui et à l'avenir les soins de toutes ces personnes? Dans les pages qui suivent, le Magazine ASD consacre son dossier au «Financement des soins». Une grande interview invite deux experts à débattre des sujets brûlants d'actualité touchant au financement des soins ambulatoires. Sur le terrain, les exigences liées aux coûts des soins se font également sentir. Un reportage suit le temps d'une tournée une infirmière qui chronomètre et documente chacune de ses visites à domicile.

Beat Stern, Elisabeth Rickenbach
d'ASD thurgoviens de Wängi
et «Whisky». Les prix coûtant
donnés sont ceux de Wängi.
Photo: Leo Wyden

Au cours des 18 dernières années, le coût des soins a doublé pour atteindre 12 milliards de francs par année, dont un septième revient à l'ASD et le reste aux EMS. Selon des études, ce montant pourrait augmenter à 20 milliards de francs d'ici 2030. Le Nouveau régime de financement des soins (NRFS) entré en vigueur en 2011 partage les coûts d'une situation de prise en soins entre le patient, les caisses maladie et les collectivités publiques. La contribution des deux premiers est plafonnée, le montant qui reste alors à payer est le financement résiduel qui incombe aux collectivités publiques. Récemment, le Conseil fédéral a communiqué sa satisfaction concernant ce modèle de financement. Mais est-ce que les représentants des soins ambulatoires partagent cet avis? Pierre-André Wagner de l'Association suisse des infirmiers et des infirmières (ASI) et Patrick Imhof d'Aide et soins à domicile (ASD) Suisse discutent de la situation actuelle et future de ce financement, de la controverse concernant les coûts liés au matériel de soins ainsi que des menaces que cette pression économique toujours plus forte fait peser sur les soins.

Magazine ASD: Toujours plus de personnes vivront toujours plus longtemps, leurs diagnostics seront toujours plus complexes et divers, entraînant des coûts toujours plus élevés pour les soigner. Beaucoup d'entre elles souhaiteront être soignées à domicile, ce qu'encouragent également les cantons avec une politique qui promeut «l'ambulatoire avant le stationnaire». Assurer l'avenir du financement des soins ambulatoires, peu importe à quel point ils se complexifieront et se spécialiseront, représente donc un énorme défi aujourd'hui comme demain. Le Conseil fédéral a suscité un tollé en juin dernier dans le monde des soins ambulatoires: Alain Berset a annoncé que la confédération souhaite remanier l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) en diminuant la contribution des assurances maladie de base pour les soins ambulatoires de 3,6% (voir encadré p.24). Que pensez-vous de cette idée?

Pierre-André Wagner (PW): Pour commencer, j'aimerais être clair sur une chose: j'émets beaucoup de réserves lorsque je constate qu'un pays riche comme la Suisse se pose la question de savoir si elle est en mesure d'offrir des soins de qualité à sa population. De plus, le coût des soins ambulatoires est plus que raisonnable, du moins en comparaison avec les coûts globaux de la santé. Le problème réside dans le fait que nous sommes confrontés à plusieurs systèmes dès le moment où l'on parle de financement des soins: ce qui est bon pour l'ensemble de la société ne l'est pas forcément pour l'économie. Par exemple, la prophylaxie du décubitus (prévention des escarres, ndlr). Si l'on économise dans ce domaine et qu'un décubitus apparaît, le traitement pour le soigner s'élève entre 50 000 et 70 000 CHF. Des soins de qualité permettent de prévenir ces situations et aident l'ensemble de la société



Photos: Cosanum

à s'épargner des coûts supplémentaires élevés. Mais on constate que le politique économise sur les soins alors qu'il finance en silence les séjours hospitaliers. Pour les cercles fermés de l'industrie pharmaceutique et des technologies médicales, les séjours hospitaliers sont bien plus profitables, et ces cercles sont bien représentés au sein de nos institutions politiques. Pour revenir à la diminution des contributions OPAS: le Conseil fédéral a naturellement argumenté en avançant que le financement global des soins n'a pas été revu à la baisse, mais la somme en question est déplacé de l'Aide et soins à domicile (ASD) au profit des établissements médicaux sociaux (EMS). Il maintient également que la différence creusée dans le budget de l'ASD par cette opération doit être comblée par les responsables en charge du financement résiduel. Mais, lorsqu'on fait les comptes, on constate que cette décision contredit l'argument fondamental et raisonnable qui préconise «l'ambulatoire avant le stationnaire».

Patrick Imhof (PI): Je suis également d'avis que les soins ambulatoires ne sont pas les principaux facteurs de coûts de notre système de santé et qu'ils déchargent énormément le domaine stationnaire bien plus cher. Lorsqu'on dit que les soins ambulatoires deviendront toujours plus chers, cela s'explique en grande partie par l'évolution démographique. Le nombre de clientes et de clients augmente avec le vieillissement de la population et par la politique de «l'ambulatoire avant le stationnaire». Ce principe pousse également l'Aide et soins à domicile à assurer des prestations plus complexes et plus chères comme les soins palliatifs, l'accompagnement de personnes atteintes de démence et des soins le week-end, par exemple. La première question qui se pose est de savoir comment continuer à assurer ces soins de base de qualité à une population toujours plus nombreuse. Le manque de personnel devient alors également un défi de première importance. La réduction des contributions OPAS prévue représente donc pour nous un très mauvais signe. Aide et soins à domicile Suisse s'investit depuis des années pour que ces contributions s'ajustent pour suivre l'évolution des prix toujours à la hausse. Un rapport d'évaluation met en évidence que les caisses maladie ont profité ces dernières années d'un allégement de leurs charges. A la place, les patients et les responsables du financement résiduel ont été mis davantage à contribution, alors que l'on connaît bien leur situation finan-



cière précaire. Comme nous avons déjà pu le constater par le passé, le budget corseté des communes et des cantons pousse les collectivités publiques à économiser sur les coûts de la santé, ce qui pénalise l'ensemble de la communauté, humainement et économiquement. C'est pourquoi nous condamnons clairement cette volonté de réduire les contributions en place.

La modification de l'OPAS n'est pas encore gravée dans la roche: la consultation court jusqu'à fin octobre. Le Magazine ASD a pu avoir un aperçu de la réponse à la consultation d'Aide et soins à domicile Suisse, qui demande une hausse substantielle des contributions OPAS. Pouvez-vous nous

donner plus de détails,

Monsieur Imhof, et pouvez-vous nous dévoiler ce que l'ASI compte proposer, Monsieur Wagner?

PI: Le Conseil fédéral avance par exemple qu'en moyenne une heure de soins fournie par l'ASD aujourd'hui ne devrait pas coûter plus qu'en 2011. Nous voyons les choses autrement. Les hôpitaux laissent sortir leurs patients toujours plus tôt depuis l'entrée en vigueur des tarifs par cas, ce qui rehausse le nombre de situations complexes prises en charge à domicile. Les prestations extraordinaires, comme les soins palliatifs ou les interventions assurées jour et nuit, sont toujours plus nombreuses. Avec l'augmentation des situations complexes, l'Aide et soins à domicile a évidemment besoin de plus de ressources et davantage de personnel spécialisé. Les contributions OPAS doivent suivre cette tendance à la hausse et non pas être réduites.

PW: Au sein de l'ASI, nous sommes arrivés aux mêmes conclusions. Nous avons même pensé à une mauvaise farce lorsque nous avons appris la volonté de réduire les contributions de 3,6 %. C'est à se demander si ces contributions resteront plafonnées pour toujours quoiqu'il arrive. Avec l'augmentation des prix, la Confédération aurait dû les revoir depuis longtemps à la hausse et non pas faire peser toujours plus le financement résiduel sur les collectivités publiques. Car elles ne supportent plus le financement résiduel des soins, mais bien désormais son financement principal.

PI: Le Conseil fédéral a publié au début du mois de juillet le résultat de l'évaluation du Nouveau régime de financement des soins (NRFS). Ce document très détaillé n'est mentionné nulle part dans le rapport OPAS alors qu'il souligne le besoin d'agir urgent dans le domaine des soins ambulatoires notamment à cause des pressions financières trop lourdes.

En publiant le 4 juillet dernier ce rapport d'évaluation sur le Nouveau régime du financement des soins (NRFS), régime entré en vigueur en 2011, le Conseil fédéral déclare que les objectifs de la NRFS «sont atteints dans l'ensemble». Une révision de la loi ne serait donc pas utile. Ce qui en fait grincer des dents plus d'un au vu du contenu du rapport. Il y est fait mention, par exemple, que l'objectif principal visant à éviter une surcharge de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) a été atteint. Mais la charge qui pèse sur les collectivités publiques a, elle, fortement augmenté. D'autres objectifs ne sont que partiellement atteints (voir encadré p.25). Auriez-vous tiré les mêmes conclusions de ce rapport pour dire que les buts fixés ont été «atteints dans leur ensemble»?

PI: Non. Cette évaluation montre clairement la nécessité d'intervenir au niveau des soins.

Que le Conseil fédéral ne le reconnaissse pas, c'est manquer sa chance. C'est pourquoi le Groupe d'Intérêt (GI) Financement des soins, dont l'ASI et l'ASD Suisse font partie, a soumis trois exigences à la Confédération. Nous voulons que soit

expliqué comment fonctionnera à l'avenir le financement résiduel. Nous soutenons, en se basant sur les recommandations du rapport, le remaniement nécessaire des soins d'urgence et de transition qui ne fonctionnent pas. Et nous voulons que les contributions de l'AOS soient revues à la hausse concernant les soins.

PW: Le NRFS n'est pas une mauvaise réglementation en soi, mais son application reste lacunaire. Selon moi, le manque de leadership de la part de la Confédération en est l'une des causes principales.

Le sondage mené pour évaluer les effets du NRFS n'a récolté que 17 % de réponse auprès des services d'Aide et soins à domicile. Cet exemple remet-il en cause la pertinence des données récoltées et donc l'intérêt des conclusions du rapport? Les résultats peuvent s'en retrouver faussés et le bien-fondé de la réduction des contributions OPAS perdrait en crédibilité.

PI: Le taux de réponse était en effet extrêmement bas, mais les scientifiques ont également mené des entretiens qualitatifs. C'est pourquoi on constate que ce qu'énonce le rapport correspond à l'expérience vécue en tant que patient de soins. Il en va autrement en ce qui concerne la révision de l'OPAS. L'INFRAS, mandaté pour réaliser l'évaluation du Nouveau régime du financement des soins, prétend qu'il n'est pas possible de comparer les données datant d'avant 2011 avec celles plus récentes. C'est pourtant exact-

tement ce que fait le Conseil fédéral pour en conclure qu'il faut réduire les contributions OPAS destinées à l'ASD de précisément 3,6%.

PW: On comprend difficilement comment le Conseil fédéral parvient à annoncer un chiffre si précis alors que les données de base restent évasives et se base sur de nombreuses hypothèses et non pas sur des faits.

Le financement résiduel a été introduit en 2011, mais que partiellement mis en œuvre. Selon le rapport d'évaluation, ce sont parfois les cantons, parfois les communes, voire les deux qui paient. Il arrive aussi que personne n'assume ce financement. Selon l'Office fédéral de la statistique, il existe un déficit de financement s'levant à 300 millions de francs. Un sondage mené par l'ASD Suisse montre que cette situation concernant le financement résiduel complique le fonctionnement des organisations de base. Le fédéralisme montre-t-il ses limites et une solution centralisée serait-elle plus enviable?

PI: La Confédération est consciente que les cantons et les communes n'assument que partiellement le financement résiduel. Elle promet simplement d'engager le dialogue. Mais les pourparlers ont jusqu'à présent rarement été couronnés de succès. C'est pourquoi le GI Financement des soins exige que le financement résiduel soit enfin encadré par des mesures contraignantes. Nous ne prônons pas une solution nationale unique, mais des règles du jeu à appliquer sur l'ensemble du territoire. Il ne devrait plus être possible que le financement résiduel de certaines localités reste impayé et que la qualité des soins fluctue selon les régions. Notre but à tous doit être des soins de base dignes pour toutes les clientes et tous les clients. Un système de financement résiduel en forme de mosaïque ne le garantit pas.

PW: Les règles du jeu doivent par exemple définir clairement quels coûts relèvent du financement résiduel. Aucune collectivité publique ne devrait pouvoir trouver un moyen de ne pas contribuer à cause d'une législation trop floue. La Confédération dit uniquement que les collectivités publiques sont responsables du financement résiduel. Mais les situations financières de nombreux cantons et communes sont délicates. Et lorsqu'il s'agit de se prononcer pour prendre une décision, responsabilité rime souvent avec mesures d'économie. C'est une manière de faire assez lâche. L'ASI collectionne les plaintes au tribunal fédéral qui ont eu gain de cause pour manquement au financement résiduel. Mais le Tribunal fédéral rappelle uniquement les devoirs que le canton doit remplir, il ne statue sur aucun chiffre, ne

définit rien et, lorsque le problème se pose à nouveau, tout est à recommencer.

PI: Que certains cantons refusent de payer le temps de trajet ou le matériel de soins, par exemple, n'est tout simplement pas correct. Le politique doit s'assurer que le financement résiduel soit pris en charge. Les différents prestataires pourront ainsi à nouveau se concentrer uniquement sur les soins au lieu de discuter éternellement de ce qui est compris ou non dans leur mandat de prestation.

En août, le Tribunal fédéral a déclaré à nouveau que les collectivités publiques doivent assumer l'ensemble du financement résiduel, même si une loi cantonale prévoit un plafonnement. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est par le passé défendue en avançant que les EMS et l'ASD ne peuvent pas «générer des frais élevés sans contrainte pour lesquels les collectivités publiques doivent ensuite se tenir garantes». L'efficacité des services ambulatoires doit-elle être remise en cause?

PI: Si l'on me demandait si l'Aide et soins à domicile à but non lucratif peut devenir plus productive à l'avenir, je répondrais que cela dépend uniquement du matériel et de l'infrastructure à disposition: grâce au dossier électronique du patient (DEP), le temps administratif pourra par exemple être réduit. Mais on ne peut pas rationaliser davantage ce qui touche aux soins. Les soins représentent une tâche délicate qui demande à la fois du temps et de l'argent.

PW: Je suis d'accord. Les soins diffèrent des produits comme les appareils informatiques qui deviennent toujours meilleur marché tout en augmentant leur efficacité. Ce n'est pas envisageable dans les soins, et beaucoup d'économistes ne parviennent pas à faire cette différence.

Biographies expresses



Pierre-André Wagner est depuis 2001 responsable du service juridique de l'Association suisse des infirmiers et des infirmières (ASI) à Berne. Il est à la fois avocat spécialisé en jurisprudence féministe et infirmier. Il est également membre de la Commission fédérale pour les questions féminines depuis 2008 et en est maintenant le vice-président.



Patrick Imhof est membre de la direction d'Aide et soins à domicile Suisse depuis 2016 et responsable du département Politique/Organisations de base du bureau de l'ASD Suisse à Berne. Il a étudié la politique, le journalisme et les sciences de la communication, a été assistant scientifique à la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne et responsable politique et des affaires publiques de la Ligue suisse contre le cancer.

Parlons de la Liste des moyens et appareils LiMA (voir encadré p.26). Deux arrêts du Tribunal administratif fédéral interdisent depuis le début de l'année 2018 le personnel soignant de facturer aux caisses maladie le matériel appliqué au patient par des professionnels des soins. Depuis, le chaos règne autour de la LiMA.

Les caisses maladie ne paient plus, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) désigne les cantons et les communes comme responsables de ce qui appartient désormais au financement résiduel, mais les collectivités publiques, selon une

enquête de l'ASD Suisse, coopèrent avec un enthousiasme très varié. Quelle solution proposeriez-vous?

PI: Il faut préciser ici que le matériel n'est jamais mentionné dans le rapport concernant le NRFS. Pendant deux ans à chercher ce qui ne fonctionne pas dans les soins, aucune des personnes interrogées n'a pensé à parler de la facturation du matériel. C'est une preuve que toutes les personnes impliquées pouvaient vivre sereinement avec le modèle de financement en vigueur jusqu'alors. Nous sommes donc d'avis que la Confédération doit rendre légales les pratiques qui ont fait leurs preuves jusqu'à aujourd'hui, par exemple en adaptant l'OPAS en ce sens.

PW: Sur ce sujet l'OPAS est incohérente. Différencier le matériel appliqué soi-même ou par une tierce personne ne fait

aucun sens. Le chaos ne va qu'empirer si la législation ne s'adapte pas au modèle en vigueur jusqu'en 2018. Par exemple, jusqu'à présent la vérification du matériel utilisée incombeait au personnel qualifié des assurances maladie. Il est illusoire de croire que les cantons pourront analyser les factures de l'ASD et juger de manière professionnelle si c'est la bonne

pompe ou le bon pansement qui ont été facturés.

PI: De plus, dans bon nombre de cantons, le financement des soins est géré au niveau communal. Ce qui signifie que chaque commune devra trouver les compétences, le temps ainsi que les données relatives aux

patients nécessaires pour effectuer ces vérifications. Je crois que l'OFSP minimise les énormes efforts à déployer à tous les niveaux pour appliquer la décision du Tribunal administratif fédéral.

PW: Le fiasco de la LiMA est un symbole fort du dysfonctionnement du financement des soins. A nouveau, la Confédération ne se préoccupe pas de mettre en œuvre l'une de ces décisions. Certains cantons refusent alors d'assumer le financement du matériel de soins. Que tout cela prétende la qualité des soins semble ne pas intéresser les autorités fédérales.

Avant l'adaptation de l'OPAS voire l'entrée en vigueur d'une loi revisitée pour corriger la LiMA, du temps va encore s'écouler. Quel comportement préconisez-vous d'adopter pour les services de soins ambulatoires?

PI: Nous conseillons à nos associations cantonales de nouer le dialogue avec les collectivités publiques. La plupart des discussions menées jusqu'à maintenant ont été fructueuses et plusieurs cantons cherchent une solution. A nouveau, les réactions sont très inégales et certains cantons ou communes refusent d'entrer en matière pour le financement du matériel. Nous conseillons également aux organisations de base d'essayer de maintenir la qualité des soins pour tous. Aucun client ne doit manquer de soins pour des raisons d'argent et, si possible, un matériel de moins bonne qualité ne doit pas être privilégié pour des raisons de financement. Beaucoup de services ne parviennent à garantir cette qualité des soins qu'en puisant dans leurs réserves.

PW: Du côté des infirmiers et infirmières indépendants, ce n'est pas possible. Une partie d'entre eux se battent pour subsister, se voient contraints de refuser des clients ou de les faire hospitaliser. Bon nombre d'indépendants se tournent malgré eux vers du matériel de gamme inférieure, mais moins cher. Dans ce chaos, nous leur rappelons l'importance de s'en tenir aux tarifs établis: les patients ne doivent pas payer au-delà de ce qui est prévu par la loi.

Modifications prévues pour l'OPAS

Le 4 juillet 2018, le Conseil fédéral a annoncé vouloir modifier l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Il réduira notamment de 3,6 % les cotisations obligatoires des assurances maladie pour les soins ambulatoires alors que celles destinées aux EMS augmenteraient de 6,7 %. Les cotisations prévues pour l'Assurance obligatoire des soins (AOS) ont été calculées selon le principe de neutralité des coûts dans la perspective de réorganiser le Nouveau régime du financement des soins (NRFS) entré en vigueur en 2011. Cela signifie que les cotisations sont fixées de manière à ce que le financement global des services de soins ambulatoires et stationnaires reste le même avant et après l'introduction des modifications de l'OPAS. Ces modifications de l'OPAS devraient entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2019. Dans un communiqué de presse, Aide et soins à domicile Suisse a déclaré ne pas comprendre cette décision, car elle contredit le principe qui veut encourager «l'ambulatoire avant stationnaire». L'association faîtière a fait une autre proposition qui consiste à une augmentation des cotisations d'assurance maladie comme ajustement à l'évolution des coûts. Aide et soins à domicile Suisse a apporté une contribution détaillée au processus de consultation qui se termine à la mi-octobre.

PI: Toutes les caisses maladie ne doivent cependant pas être mises dans le même panier: certaines nous tendent la main en espérant trouver une solution rapidement, d'autres se cachent derrière l'arrêts du tribunal et se rendent complices d'une dégradation de la qualité des soins.

PW: C'est vrai. La qualité des soins souffre depuis longtemps des pressions économiques, à domicile comme en milieux hospitaliers.

Alors pourquoi ces deux dernières années?

La pression sur les coûts peut amener à plus d'admissions dans les EMS ou en milieux hospitaliers. La qualité des soins souffre également des mesures d'économie. Nous en avons déjà parlé. Les métiers des soins deviennent également moins attractifs: en tournée, tout est minuté (voir p. 27). La pénurie de personnel sera difficilement surmontable dans ces conditions?

PW: Je suis totalement d'accord. Les infirmiers et infirmières veulent avant tout pouvoir prendre soin de leurs patients et créer avec eux un lien de confiance. Personne ne choisit ce métier pour devenir riche. La pression exercée sur le personnel, exigeant de travailler vite pour diminuer les coûts, est délétère et fait l'effet d'un repoussoir pour toute la branche infirmière. De plus, le travail se fait de facto de plus en plus sur appel et le personnel doit offrir une flexibilité unilatérale, ce qui va bien au-delà des exigences propres à la branche – et légales – de la profession. Actuellement, les services de soins n'ont tout simplement pas les moyens de se conformer aux exigences du droit du travail. C'est l'objectif de l'initiative sur les soins infirmiers lancée par l'ASI: nous n'avons pas besoin de plus d'argent dans notre système de santé, mais une meilleure redistribution: le pot com-

mun destiné aux soins doit se remplir autrement.

PI: Aide et soins à domicile Suisse ne soutient pas l'initiative dans sa forme actuelle, car elle entrave trop les conditions de travail. Nous nous engageons cependant à tous les niveaux pour renforcer les soins et nous sommes également d'avis que les prestations de soins doivent enfin être payées à leur juste valeur. Les professionnels des soins hautement qualifiés doivent encore et toujours se battre pour chaque centime, même si leur travail contribue à la santé de la population. Et la pression économique laisse toujours moins de temps pour les soins. Nous devons inverser cette tendance.

Pour une prise en charge globale de la personne, l'aide et l'accompagnement sont centraux, notamment pour les personnes atteintes de démence. Les caisses maladie et les collectivités publiques ne prennent cependant que rarement en charge ces prestations. Est-ce que seuls les nantis pourront à l'avenir s'offrir des soins respectueux et humains?

PI: Au sein de l'Aide et soins à domicile à but non lucratif, les prestations d'aide et d'accompagnement sont généralement en recul. Mais la distinction entre aide et soins reste difficile à faire. C'est une différentiation qui devient impossible lorsqu'on



Evaluation du nouveau régime du financement des soins (NRFS)

Le premier janvier 2011 est entré en vigueur le Nouveau régime de financement des soins (NRFS). Il désigne, entre autres, les trois contributeurs au financement des soins: le patient lui-même qui paie par exemple 15.95 au maximum par jour pour l'Aide et soins à domicile; les caisses maladie, dont les contributions sont fixes; le financement résiduel incombe aux cantons et aux communes qui paient l'ensemble du solde de la facture. Le Confédération laisse aux cantons le soin de régler le fonctionnement du financement résiduel.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté l'INFRAS en 2016 et 2017 pour évaluer les résultats du NRFS. Le rapport d'évaluation a été publié le 4 juillet 2018: INFRAS a déclaré que l'un des principaux objectifs du NRFS, à savoir limiter la charge pesant sur l'Assurance obligatoire des soins (AOS), était atteint. Les cotisations des assureurs en faveur de l'Aide et soins à domicile ont même diminué de 2 %. D'autre part, le financement résiduel incomitant au secteur public a globalement augmenté. Le deuxième objectif principal n'a été

que partiellement atteint: l'amélioration de la situation socio-politique difficile des personnes nécessitant des soins de longue durée. De plus, près de la moitié des solutions choisies par les cantons en matière de financement résiduel ont entraîné des déficits de fonctionnement pour les prestataires de soins. Les cantons, les communes, parfois les deux prennent en charges ces coûts. Il arrive aussi que personne ne prenne la responsabilité d'assumer ces coûts. L'INFRAS a également indiqué que les soins aigus et transitoires, nouvellement introduits avec le NRFS, n'avaient pas encore trouvé leur place.

Le Conseil fédéral a déclaré que les objectifs du NRFS ont fondamentalement été atteints en relevant le résultat positif de la stabilisation des dépenses de l'AOS. Le Conseil fédéral ne voit donc pas la nécessité de modifier la loi. Toutefois, il estime qu'il est nécessaire de prendre des mesures pour combler les lacunes que présente le financement résiduel. Il a annoncé chercher le dialogue avec les cantons à cet égard.

s'occupe d'une personne atteinte de démence. Si une infirmière suit une personne atteinte de démence, mais que celle-ci parvient à nouveau à se nourrir seule, les caisses maladie ne sont plus tenues de financer cette prestation d'aide selon la loi. L'infirmière lui aurait donné son repas à la cuillère, sa prestation aurait été reconnue par l'assurance. La société doit comprendre l'intérêt de laisser un maximum d'autonomie aux patients afin de retarder ou éviter une admission dans un EMS.

PW: La LaMal ne reflète pas ce que les infirmiers considèrent comme un soin. Si par exemple un client fait un malaise et vomit, l'infirmier considère comme un soin nécessaire non seulement de s'occuper de son client mais également de veiller à ce que son environnement direct soit salubre. La loi voit les choses différemment: l'aide domestique est une prestation de ménage qui doit être payée par le client.

Les controverses autour de la LiMA

La Liste des moyens et appareils (LiMA) réglemente les différents moyens et appareils remboursés par l'Assurance obligatoire de soins (AOS), une liste qui provoque le chaos depuis janvier 2018. Depuis le début de l'année, les caisses maladie ne paient plus l'ensemble du matériel utilisé par le personnel soignant. Les assureurs s'appuient sur deux arrêts du Tribunal administratif fédéral de septembre et novembre 2017. Selon ces arrêts, «le matériel appliqu[é] par le personnel soignant» est déjà compris dans les contributions des assurances maladie et ne doit pas être facturé à l'AOS. Depuis 2011, le procédé de facturation n'était donc pas conforme à la loi. Seulement le matériel utilisé personnellement par la personne assurée peut être facturé à la charge des assurances. A hauteur de plusieurs millions de francs, certaines caisses maladie exigent le remboursement de leurs cotisations pour ce matériel depuis 2011. L'Aide et soins à domicile n'a pour le moment reçu aucune demande de remboursement.

La Confédération affirme que les cantons doivent régler ces coûts causés par le matériel qui relèvent désormais du financement résiduel. Pourtant, le chaos règne: parfois les communes assument le financement de ces frais supplémentaires, parfois le canton, parfois les deux se partagent la tâche. Et il arrive également que personne ne se décide à passer à la caisse, ce qui fait subir une lourde pression financière sur les prestataires de soins. Selon une enquête d'Aide et soins à domicile Suisse, les 20 associations cantonales sont en contact avec les autorités administratives compétentes. Treize d'entre elles travaillent sur une solution pour l'année en cours. Mais les moyens trouvés sont très différents, allant du forfait à une facturation par cas en passant par un système mixte. Les deux tiers d'entre elles maintiennent cette solution en attendant une proposition d'envergure nationale. Dans 7 cantons, les négociations sont en cours et quelques cantons font durer intentionnellement les pourparlers afin de faire pression au niveau national.

Le Groupe d'intérêt Financement de soins, dont fait partie l'Aide et soins à domicile Suisse, préconise de mettre un terme au chaos ambiant en légalisant aussi vite que possible la manière de facturer qui a fait foi jusqu'à présent. Le matériel devrait donc à l'avenir pouvoir conformément à la loi être facturé séparément. Les négociations ont actuellement lieu entre l'OFSP, les prestataires de soins et les assurances maladie. Le Conseil national a insufflé un regain d'espoir à la mi-septembre en soutenant à la quasi-unanimité (186:1) une motion demandant au Conseil fédéral d'établir un cadre légal qui permette aux prestataires de soins de facturer le matériel comme par le passé. Pour se faire, le soutien du Conseil des Etats est encore nécessaire.

Selon vous, qui doit assumer le financement des soins ces deux prochaines décennies? Avons-nous besoin d'idées innovantes comme celle d'un système de prévoyance pour des soins liés à l'âge, autrement dit un quatrième pilier, une solution qui a reçu dernièrement bon nombre de soutiens? Ou alors est-il nécessaire de changer profondément notre société pour que les proches aidants et l'entraide reprennent le relais?

PW: L'avenir de notre initiative influence grandement la réponse que j'aurais à donner, car, si l'initiative est acceptée, cela pourrait mettre en marche ce que je considère comme le plus important actuellement: une redistribution des flux de financement au sein même de notre système de santé. Les Suisses doivent se poser la question comment ils souhaitent dépenser leur argent durement gagné dans un monde aux ressources limitées: pour des soins ambulatoires qui diminuent les complications et les coûts des séjours hospitaliers ou au profit des branches de l'industrie proches d'un capitalisme intensif qui profitent des coûts élevés de ces hospitalisations et se font davantage d'argent lorsque les situations à soigner sont complexes.

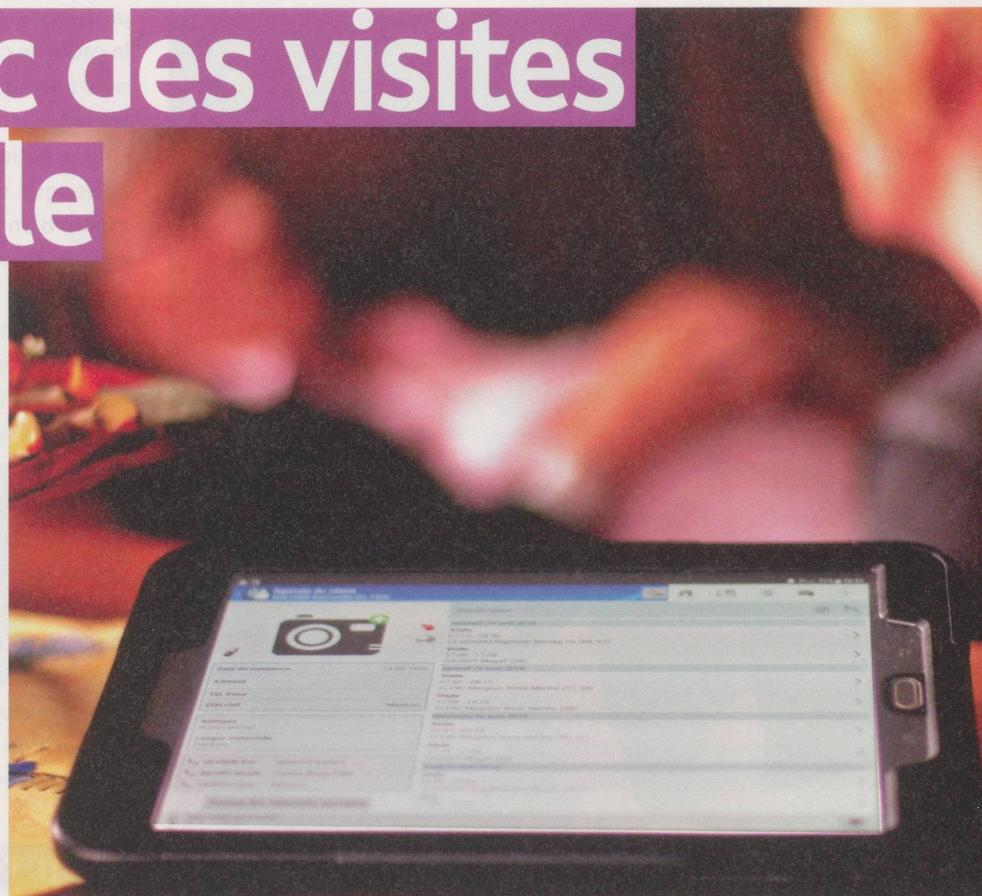
PI: Les responsables politiques doivent proposer un système de financement cohérent et le faire appliquer. Les prestataires de soins comme l'Aide et soins à domicile à but non lucratif ne peuvent pas décider à leur place. Nous devons nous focaliser sur notre mandat: proposer des soins de qualité à l'ensemble de la population. Nous devons nous mobiliser lorsque le système de financement choisi par le politique n'est pas à la hauteur des défis qui s'imposent. Le monde des soins dans son ensemble et l'Aide et soins à domicile à but non lucratif en particulier doivent comprendre qu'ils pèsent dans la balance au moment de prendre des décisions. Nous sommes sur la bonne voie, mais nous devons encore nous montrer plus confiants en ce qui concerne nos prestations comme sur les moyens qui nous sont nécessaires pour effectuer notre travail au mieux, comme nous l'avons fait jusqu'à présent.

Interview: Kathrin Morf

Les informations présentes dans l'interview et les encadrés sont à jour au moment de la mise sous presse, le 23 septembre 2018.

Le tic-tac des visites à domicile

Le financement des soins se réinvente sans cesse pour tenter de limiter un maximum les coûts de la santé. L'Aide et soins à domicile va de l'avant pour proposer elle aussi des solutions pour optimiser son fonctionnement. Le minutage des visites à domicile en fait partie. Reportage.



Entre le plateau de fruits et les boîtes de médicaments vides, la tablette et son chronomètre se fondent dans le décor. Photo: Pierre Gumi

Arrivée au pas de la porte, Magali Gaugey sonne et pianote sur sa tablette numérique avec agilité. Le temps de trajet est terminé et débute maintenant le temps de prise en soins. Et cela, la tablette a besoin de le savoir. L'opération se passe en quelques secondes. Tout est fini avant même que la cliente ouvre la porte. L'infirmière du Réseau Santé de la Sarine de l'antenne de Granges-Paccot à Fribourg s'annonce avec un large sourire et une chaleureuse poignée de main. Alors que la consultation commence, l'outil tactile trouve sa place sur la table de la cuisine et minute le temps de la visite qui se partage cette fois-ci entre soins de base et temps de conseil: deux prestations différentes à deux tarifs différents.

Les minutes passent sous le regard attentif du chronomètre que la cliente et l'infirmière semblent presque oublier entre le plateau de fruits et quelques boîtes de médicaments vides. Au moment de prendre congé de sa cliente, Magali Gaugey récupère son outil de travail et, une fois le seuil franchi, ses doigts s'agitent à nouveau: elle corrige le temps de conseil finalement plus long que prévu et clôture la visite. La machine continue pourtant son minutage. Le temps de trajet court désormais jusqu'au prochain client. La tournée ne fait que commencer!

«La tablette fait partie du paysage»

Stressant, ce minutage qui calcule chaque activité d'une journée de travail? «Aujourd'hui, les clients sont habitués à nous voir arriver avec une tablette qui chronomètre nos visites. Elle fait partie du paysage. Les temps prévus pour les soins correspondent à une ou deux minutes près. Ce n'est donc pas un facteur de stress», répond l'infirmière au volant de sa voiture dans les rues de la capitale fribourgeoise. «Et si le client a besoin exceptionnellement de plus de temps à cause d'une prestation imprévue, il est toujours possible de l'ajouter dans le système sur le moment.»

De visite en visite, force est de constater que l'appareil et son minuteur ne troubent en rien la qualité de la relation entre l'infirmière et ses clients. «Nous sommes passés récemment à un nouveau système qui présentait à son lancement quelques problèmes. Mais le dialogue lors des visites n'était pas forcément mis à mal. Au contraire! Les personnes âgées rigolent volontiers avec nous sur l'efficacité de toute cette technologie», explique amusée Magali Gaugey au moment de son retour à l'antenne de Granges-Paccot. A nouveau, elle sort rapidement sa tablette pour mettre fin à sa tournée afin que soit notifié clairement qu'à présent le travail administratif



Valérie Bourquin (g.) et Magali Gaugey préparent leur tournée selon les temps prévus pour chaque soin. Photo: Pierre Gumi

«Les pratiques sont restées les mêmes, mais les technologies ont évolués pour plus de confort.»

Valérie Bourquin

commence. Le temps qui défile désormais n'est donc plus considéré comme des soins. Les prestations seront facturées à un autre tarif et, selon le cas, soit aux assurances soit aux collectivités publiques.

Si le tempo dicté par la machine n'engendre pas plus de stress, sa manipulation demande tout de même du temps et un savoir-faire. Un outil si précis n'est pas utile à la qualité des soins à proprement parler. D'ailleurs, ailleurs en Suisse certaines organisations d'Aide et soins à domicile se passent encore de cette technologie. Pourquoi donc faire l'effort d'équiper tout le personnel d'ASD de tablettes munies de ce programme de minutage et de planification des soins? Valérie Bourquin, infirmière responsable d'antenne, mentionne l'introduction de la LaMal et de l'outil d'évaluation RAI en 2012, deux éléments qui prédefinissent

un temps pour chaque soin. Tous ceux qui exercent dans le cadre de cette loi doivent s'accommoder d'une manière ou d'une autre de cette façon de facturer les soins. Mais les origines du décompte du temps passé pour les soins chez le patient remontent encore plus loin dans le temps, à l'époque du Barman, une sorte de grosse calculatrice munie d'un scanner dont Valérie Bourquin se souvient avec le sourire en ressortant un exemplaire d'un tiroir. «Le Barman date des années 1990. A chaque patient était attribuée une étiquette qui comprenait un code-barre et le clavier servait à y entrer le chiffre correspondant à la prestation effectuée. Toutes les manipulations se faisaient une fois de retour au bureau et prenaient un temps fou. Les pratiques sont restées les mêmes, c'est la technologie qui a évolué pour plus de confort.»

Si les technologies évoluent, les mentalités au sein du métier changent également, comme le relève Magali Gaugey: «Aujourd'hui, le temps est chronométré directement chez le patient pour que le travail de la soignante puisse être facturé au plus près de la réalité. Au début, certains professionnels ont émis des réticences à compartimenter ainsi leur visite selon un timing prédéfini. Certaines infirmières et Assistantes en soins et santé communautaire

(ASSC) voient leur travail quotidien encore comme une vocation, une mission à laquelle elles se dévouent corps et âme. Il faut alors se donner sans compter. Ce qui ne s'accorde que difficilement avec le calcul de chaque geste et de chaque minute passée auprès du client.» D'une vocation fortement imprégnée de charité, les soins sont aujourd'hui devenus un métier à part entière. Mais la transition prend du temps. Les tâches assumées autrefois de manière quasi invisible aux yeux du secteur économique doivent aujourd'hui être rendues visibles pour que le travail des professionnels des soins soit reconnu et valorisé. «La planification de soins et son timing toujours plus précis permettent de mettre en valeur les tâches qu'on effectue au quotidien. Auparavant, beaucoup de choses étaient faites pour le bien du client sans qu'elles soient notées nulle part, et donc ni reconnues ni payées. Ce programme nous aide à montrer avec transparence aux assurances et aux collectivités publiques l'ensemble de notre activité», insiste Valérie Bourquin.

Moins d'heures supplémentaires

Les avantages du chronomètre ne s'arrêtent pas là selon la responsable d'équipe. Le programme s'intègre à l'ensemble du système de facturation et de planification. L'estimation du temps des visites s'affine donc au fur et à mesure des



Hélène Morgenthaler, chef de service pour l'ASD du réseau Santé de la Sarine (RSS). Photo: RSS

interventions à domicile et la facturation se fait entièrement de manière électronique, sans ressaisie nécessaire et donc présentant moins de possibilités d'erreur. Une économie de temps et d'énergie précieuse alors que les pressions économiques demandent toujours plus d'efficacité.

«Cet outil a également contribué à mieux répartir le temps de travail entre les collaboratrices. Aujourd'hui, chacune a moins de 15 heures supplémentaires au compteur», explique la responsable de l'antenne de Granges-Paccot. «Connaître le temps passé pour chaque prestation permet également de mobiliser les compétences de chaque collaboratrice au mieux, en ciblant plus facilement les soins pouvant être délégués, par exemple.»

Cette tendance se vérifie également au niveau régional depuis la mise en réseau des services d'Aide et soins à domicile au réseau Santé de la Sarine en 2015, qui comprend également l'établissement médico-social de la Sarine et le service d'ambulances du district. «Nous avons pu réduire les 7000 heures supplémentaires cumulées par l'ASD du district à moins de 3000 entre 2015 et 2018», expose Hélène Morgenthaler, cheffe de service pour l'ASD au sein du réseau, illustrant ainsi l'utilité d'un programme

de minutage pour la gestion du personnel. «C'est une formidable aide à la prévision des besoins en personnel et un outil de dialogue concret pour négocier avec les communes et le canton l'ouverture de nouveaux postes. Ce programme nous offre des statistiques claires sur le temps facturé aux assurances, aux patients ou aux collectivités publiques», explique la cheffe de service du réseau Santé de la Sarine qui poursuit avec des chiffres: «Nous avons ainsi pu obtenir quatre équivalents plein temps en 2016, puis six autres pour 2017.»

Les collaboratrices et collaborateurs semblent être les grands gagnants de ce système de décompte, mais les clientes et clients en bénéficient également. «Pouvoir prévoir précisément le temps de chaque visite nous permet d'indiquer nos heures d'arrivée à nos clients et de s'y tenir au mieux», explique Hélène Morgenthaler. «Ces temps prédefinis par l'outil d'évaluation RAI ont été pensés pour respecter le rythme de vie des personnes soignées à domicile. Parfois, une aide à la toilette dure 45 minutes, car le but du soin est de soutenir le client dans son autonomie et non pas de le faire à sa place pour gagner du temps.»

Le tic-tac qui rythme les visites à domicile ne mesure donc pas uniquement le tempo des prestations fournis, mais aide à orchestrer l'ensemble de l'aide et des soins proposés à domicile. L'exigence de transparence pour la facturation auprès des assurances et des collectivités publiques met en même temps en lumière la diversité et la complexité toujours grandissantes des prestations de l'Aide et soins à domicile.

Pour Valérie Bourquin, c'est un outil précieux pour faire reconnaître la valeur du travail de l'équipe soignante dont elle est responsable. Pour Hélène Morgenthaler, cheffe de service, ce sont autant de statistiques indispensables pour engager un dialogue constructif avec les autorités et les assurances. Ce système représente donc de nombreux avantages tant que la cadence reste adaptée aux besoins des patients, comme le souligne encore Hélène Morgenthaler. Pour que tout se passe au mieux, il faut donc que le rythme de vie du client donne la mesure au minuteur de l'infirmière à domicile, et non l'inverse. A l'écoute, les infirmières comme Magali Gaugey prennent alors le pouls de chaque situation pour qu'aide et soins évoluent de concert avec les besoins du client.

«C'est un outil de dialogue concret pour négocier avec les communes et le canton l'ouverture de nouveaux postes.»

Hélène Morgenthaler

Pierre Gumy