

Commission technique intercantonale PLAISIR

Circonstances d'implantation et bases de données à disposition de la méthode PLAISIR (PLanification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) utilisée dans les cantons de Genève, Vaud, Neuchâtel et Jura

B. Parel,
Président de la Commission technique intercantonale PLAISIR

1. Situation initiale / Années 1990 à 1992

La fin des années 1980 et le début des années 1990 ont été caractérisés, en Suisse en général et dans les cantons romands en particulier, par une crise économique dont l'incidence s'est répercutée au niveau des pouvoirs publics cantonaux par d'importantes difficultés budgétaires. Face à cette situation financière péjorée, les autorités cantonales concernées ont dû prendre des mesures pour redéfinir l'allocation des ressources octroyées, notamment, aux établissements pour personnes âgées de nos cantons.

Dans le domaine de la santé publique en Suisse romande, l'allocation de ressources est généralement définie comme l'attribution aux établissements sanitaires de moyens, le plus souvent financiers, provenant des pouvoirs publics. Les moyens de ces derniers devant être répartis de manière aussi équitable que possible entre les bénéficiaires, elle implique le plus souvent une répartition selon une ou plusieurs clés, celles-ci pouvant être par exemple la journée de soins, la population desservie, les pathologies traitées, les actes et prestations effectués. Elle englobe généralement aussi des moyens provenant d'autres sources de financement telles que caisses-maladie, assurances, résidents payant directement leurs frais, etc., dans les systèmes de budgets globaux. Elle se traduit tout autant en termes autres que monétaires, par exemple en postes de travail attribués pour le financement.

Les restrictions budgétaires précitées découlant de la nouvelle situation économique ont provoqué, dans nos cantons romands comme ailleurs, un regain d'intérêt pour les modes d'allocation des ressources. Les préoccupations relatives aux principes d'équité que l'allocation devrait respecter se sont faites pressantes, les destinataires exigeant le plus souvent une plus grande égalité devant les restrictions et les sacrifices impérativement imposés.

Pour être performant, le mode d'allocation des ressources nécessite, en premier lieu, un système d'information statistique sanitaire efficace. Des efforts considérables ont donc été mis en action en Suisse romande comme ailleurs pour améliorer l'information statistique et en assurer l'homogénéité et la comparabilité.

Quant aux dotations en personnel, il s'agit d'un élément du processus d'allocation de ressources consistant à en attribuer la quantité et la qualité nécessaires à la production de soins, notamment. La problématique devant laquelle se sont trouvés nos cantons résidait dans la manière d'atteindre l'objectif visant à équilibrer l'offre et la demande, la dotation et la charge effective en soins, afin d'éviter l'écueil de la pénurie ou du gaspillage de ressources humaines.

Il convenait donc de cerner les contours d'un mode d'allocation des ressources en personnel soignant qui soit reconnu comme "juste" entre les partenaires concernés.

Dans le domaine de l'allocation des ressources aux établissements sanitaires, la répartition équitable des moyens doit tenir compte d'une évaluation de l'état de santé des personnes hébergées. Cependant, une allocation faite sur la seule base de cette évaluation est démotivante pour les professionnels de la santé et les directions des institutions, car elle ne tient pas compte des objectifs inhérents au rôle que jouent ces personnes dans la prise en charge, en matière de restauration de l'autonomie et de maximisation de la qualité de vie pour le personnel soignant et les résidents. Pour obtenir l'adhésion des soignants et des directions d'établissements à une démarche d'évaluation, quel que soit le ou les instruments choisis, il est indispensable d'incorporer un élément d'évaluation et d'encouragement financier de la performance en termes de qualité. Le but est donc de rémunérer selon le rapport qualité/prix et non seulement en fonction de la dépendance, la qualité étant exprimée en termes de résultats sanitaires et sociaux observables.

Les réflexions se sont donc orientées pour nous sur un instrument d'évaluation qui rencontre l'adhésion des :

- a) soignants, afin que cet instrument leur donne l'assurance d'être une aide dans leur travail et un indicateur de la charge en soins (en terme d'avantages pour le personnel et non seulement de surcroît de travail);
- b) directions d'établissements, afin de leur permettre de s'appuyer sur les résultats de l'instrument pour leurs prévisions budgétaires et la justification de la dotation en personnel soignant souhaitée;
- c) assureurs-maladie, ceux-ci voulant être convaincus qu'au travers de l'instrument ils paient les prestations de soins qui leur sont imputables selon la législation.

Par ailleurs, dans ces années-là, était en préparation la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie qui devait être votée en mars 1994 et prendre effet au 1^{er} janvier 1996.

Dans ce contexte, il devenait urgent de trouver un mode d'allocation des ressources qui rencontre l'adhésion :

- à l'échelon institutionnel :
 - au niveau opérationnel : les professionnels de la santé,
 - au niveau décisionnel : les gestionnaires des établissements;

- à l'échelon des autorités cantonales :
 - au niveau opérationnel : les administratifs, soit les services de santé publique,
 - au niveau décisionnel : les politiques, soit les chefs de département concernés par la santé publique.

Schématiquement, ces quatre niveaux sont représentés juxtaposés mais il faut les concevoir comme s'intégrant les uns aux autres à la manière de "poupées russes".

La problématique à laquelle nous nous sommes trouvés confrontés était la suivante. Considérés isolément, les financements en fonction de la clientèle ou de normes de qualité induisent des effets contraires sur les comportements des fournisseurs de prestations. D'une part, le financement en fonction des résidants seulement engendre un comportement visant à l'accroissement du poids des facteurs économiques au détriment de la qualité générale de la prise en charge. D'autre part, le financement en fonction de la qualité seulement risque d'induire, par exemple, la sélection de cas légers et l'offre de prestations hôtelières de bon niveau, mais laissant la prise en charge des cas lourds de côté.

En revanche, le financement en fonction de la clientèle (type et quantité) **et** de la qualité tend à neutraliser partiellement les effets pervers de chacun des deux premiers modes, comme à encourager une prise en charge qui soit de bonne qualité et adressée à des cas de résidants appropriés aux structures de l'établissement. La direction et les soignants peuvent ainsi avoir l'assurance que les besoins en soins seront couverts. Par ailleurs, tous leurs efforts pour atteindre une bonne qualité de prise en charge sont récompensés financièrement. La prise en compte simultanée de ces éléments dans un système d'évaluation doit donc permettre d'atteindre plusieurs objectifs :

1. mettre à disposition des informations fiables et uniformes à des fins de décision ;
2. faire coïncider les ressources avec les besoins à satisfaire;
3. associer les intérêts des fournisseurs de prestations que sont les établissements avec ceux des financiers que sont l'Etat et les assureurs-maladie.

2. Processus de réflexion et d'étude / Années 1992 à 1996

Pour arriver au résultat de la concordance des intérêts des quatre partenaires, il faut tout d'abord empoigner le problème au niveau le plus bas, soit celui de l'établissement et de son personnel. Deux types de comportement sont à étudier : celui des soignants et celui de la direction de l'institution :

- a) pour leur part, les soignants ont pour mission de restituer aux pensionnaires le plus d'autonomie possible. Toutefois, dans un financement selon la dépendance, une augmentation de l'autonomie des résidants amène une diminution des ressources financières avec une conséquence pour le personnel. Dès lors, ce type de financement n'induit pas des comportements favorisant le maintien ou la restauration de l'autonomie des résidants;
- b) pour sa part, la direction a comme objectif, dans un premier temps, d'obtenir le plus possible de ressources à mettre à disposition de son équipe pour remplir la mission de

son établissement. Dans un deuxième temps, elle doit gérer ces ressources pour en tirer le maximum d'effets sur le rendement du personnel et la qualité de vie des pensionnaires. Cela implique de retenir les bonnes ressources au prix juste et de les organiser de manière à tirer de son équipe le fonctionnement le meilleur. Ainsi, un calcul budgétaire qui serait fonction uniquement de la dépendance des pensionnaires signifie qu'il n'y a pas d'effort à fournir pour obtenir un résultat payant. Tout ce qui contribue à l'accroissement de la dépendance des résidents se traduit par un enrichissement. Il n'y a donc pas intérêt à avoir du personnel "trop qualifié" et en quantité abondante, de développer un climat de vie dynamique, etc.

Dès lors, on le voit, la seule prise en considération du niveau de dépendance des pensionnaires est démotivante tant pour le personnel soignant que pour la direction de l'établissement. Pour dépasser cette situation, il faut intégrer dans le système d'autres indicateurs qui prennent en compte les objectifs de la direction et des soignants. Ce sont ces indicateurs qui doivent permettre de compenser les effets pervers de la prise en compte de la seule dépendance dans l'évaluation des ressources requises de l'établissement.

Si cette dynamique est reconnue comme juste par les financiers, l'adhésion au système devient totale et les résultats fournis par la méthode sont considérés comme acceptables à part entière pour chacune des parties.

Vu ce qui précède, dès l'année 1992, le Groupement romand des services de santé publique (GRSP) a confié le mandat à l'Institut de santé publique (ISP) de mettre sur pied un groupe de travail chargé d'étudier la problématique de l'allocation de ressources en personnel soignant.

Arrivé au bout de son étude, le groupe de travail a émis un certain nombre de recommandations dans le cadre desquelles étaient proposés, notamment :

- a) le principe d'une collaboration intercantonale par la poursuite de la mise en commun des expériences et objectifs de chacun des cantons. Dans ce chapitre, le groupe de travail mettait en évidence qu'aucune méthode stable et cohérente, autrement dit fiable, n'est susceptible de couvrir l'ensemble des besoins des utilisateurs potentiels en matière de calcul de dotation en personnel soignant. Cependant, les méthodes élaborées par l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS) ont rallié un maximum de suffrage (PRN - PLAISIR et dérivés);
- b) à ce titre, l'instrument PLAISIR ne pouvait être utilisé dans notre pays qu'à la condition d'avoir été adapté à un certain nombre de normes ou standards "temps" au contexte de nos établissements et de notre pratique suisse en matière de soins infirmiers.

3. Processus d'implantation et d'utilisation en continu / Années 1996 à 2006

Le Groupement romand des services de santé publique (GRSP), ainsi que la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) ont pris connaissance du rapport fourni par le groupe de travail. Décision a été prise de procéder à un test de la méthode PLAISIR dans les cantons romands le souhaitant.

Au vu des résultats probants et des affinements qui les ont suivis, la CRASS a élaboré une "Convention intercantonale relative à l'utilisation de la méthode PLAISIR pour la mesure de la

charge en soins et la production de données statistiques comparatives dans les institutions de soins de longue durée des cantons de Suisse romande, Berne et Tessin".

En fait, seuls les cantons du Jura, de Vaud et de Neuchâtel l'ont signée le 16 juin 1997 et le canton de Genève s'y est rallié le 28 janvier 1998.

Le but de cette convention, tel que défini à son article premier, est d'assurer la comparabilité des données produites par l'application de la méthode PLAISIR pour la mesure de la charge en soins requis dans les institutions de soins de longue durée des cantons signataires. A cette fin, la convention fixe les modalités de coordination requises au niveau intra et intercantonal.

La convention s'applique aux cantons signataires, mais reste ouverte à toute adhésion ultérieure pour les cantons se décidant a posteriori à utiliser la méthode PLAISIR.

Par cette convention, les cantons signataires reconnaissent la méthode PLAISIR comme méthode de référence en ce qui concerne la mesure de la charge en soins requis et la production de données statistiques sur le plan intercantonal pour les institutions de soins de longue durée subventionnées. Dès lors, des modalités de coordination permettant d'assurer la comparabilité des données produites au niveau intra et intercantonal devaient être mises en place.

A cet effet, il a été institué une Commission technique intercantonale chargée d'assurer cette coordination et ayant pour mandat de :

- désigner un seul centre de traitement des données (CTD) reconnu au niveau romand en s'assurant que l'organisme pressenti présente les garanties suffisantes en matière de neutralité et de savoir-faire;
- veiller à ce que les implantations d'une part, et les développements d'utilisation régulière d'autre part, préservent la comparabilité des données produites;
- établir et superviser le mode de traitement des données et leur accès;
- déterminer et fixer les modalités de financement des opérations (contrat, tarifs, règles de fonctionnement, etc.);
- veiller à la protection des données et statuer sur les demandes de communication des données à tout organisme ou personne externe;
- rechercher des collaborations et des synergies, notamment en matière de formation du personnel;
- déterminer les conditions techniques, notamment les standards de soins et les modalités de calcul des « extrants »¹ garantissant la comparabilité des données;
- surveiller l'évolution des normes;
- identifier les besoins d'actualisation des principes de la méthode;
- coordonner les adaptations éventuelles.

¹ Extrants : tableaux statistiques issus du traitement des données PLAISIR®

Se fondant sur cette convention, les cantons romands signataires ont procédé, dès les années 1997 - 1998, à l'implantation de la méthode PLAISIR dans leurs établissements respectifs.

Parallèlement à ce qui précède, la Commission technique intercantonale PLAISIR, dûment institutionnalisée dans le cadre de la convention, a pu s'organiser et rédiger son règlement le 4 février 1999. Elle est composée d'un représentant cantonal (administratif) désigné par chaque canton signataire, celui-ci pouvant s'entourer au maximum de deux experts de son choix (en général, un directeur et un infirmier-chef d'institution). Les cantons non signataires peuvent disposer d'un siège d'observateur. Par ailleurs, celle-ci peut également inviter d'autres observateurs à siéger à ses séances parmi lesquels figurent actuellement SantéSuisse et un représentant du Centre de traitement des données EROS (CTD) à titre d'expert. De plus, l'Institut de santé et d'économie (ISE) est chargé du secrétariat de la Commission technique et d'être l'intermédiaire privilégié entre l'EROS et les cantons pour assurer la performance des prestations de coordination et de formation du personnel aux évaluations.

On voit ainsi que la Commission technique regroupe tous les partenaires intéressés à la fiabilité des résultats de la méthode PLAISIR : directions d'institutions et directions des soins, autorités cantonales, assureurs-maladie et les participants au fonctionnement du système que sont l'EROS pour le CTD et l'ISE pour la "logistique".

Au cours de ces dernières années et considérant l'utilisation en continu de la méthode PLAISIR, la Commission technique a procédé à un certain nombre d'études statistiques et épidémiologiques publiées sur son site internet à l'adresse www.isesuisse.ch/ct-plaisir.

Par ailleurs, les bases de données produites par la méthode PLAISIR permettent d'obtenir un certain nombre d'extraits favorisant les réflexions au niveau des :

- *établissements* : gestion de leur personnel soignant / connaissance de l'état de santé et des handicaps de leurs résidents / acquisition de matériel et d'équipements / transformation de locaux;
- *autorités cantonales* : connaissance de l'état de santé et des handicaps présentés par les personnes âgées hébergées dans les institutions / données pour la planification des établissements en genre et en nombre selon les régions et détermination des missions à leur conférer;
- *assureurs-maladie* : connaissance de l'état de santé et des handicaps **individuels** des assurés de chaque caisse-maladie.

4. Conclusion

Avant l'implantation de la méthode PLAISIR®, les autorités cantonales et les assureurs-maladie étaient dans l'impossibilité de comparer un établissement à un autre, chaque institution argumentant de ses spécificités dues à sa clientèle (prédominance de cas psychiatriques, de courts séjours, etc.). Il était également impossible de comparer l'ensemble des établissements et les caractéristiques de la population âgée qui y résidait par rapport à des données provenant d'un autre canton. Quant aux institutions, chacune calculait sa dotation en personnel soignant selon des normes empiriques convenues, certes, avec les autorités cantonales, mais souffrant à interprétation.

L'implantation, puis le recul que nous avons aujourd'hui sur l'utilisation en continu de la méthode PLAISIR permettent de faire les constats suivants :

- les quatre cantons utilisateurs disposent de données fiables leur permettant de gérer leur politique de prise en charge des personnes âgées en établissement ;
- les autorités cantonales concernées ont pris conscience de ce qu'était leur population âgée hébergée ;
- les partenaires discutent et décident sur la base d'informations communes acceptées par tous ;
- l'allocation des ressources est transparente ; les négociations sont simplifiées ;
- ces informations, après validation, sont mises à disposition de tous et peuvent être utilisées à d'autres fins que celles auxquelles elles étaient primitivement destinées.

Neuchâtel, le 8 mai 2006

COMMISSION TECHNIQUE
INTERCANTONALE PLAISIR

Bertrand Parel, président

Bibliographie :

- Outils de mesure de la charge en soins infirmiers dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux de soins aigus, Groupe de travail "Dotation en personnel" du Groupement romand des services de santé publique, sous la direction de Madame A. Berthou, 1995;
- Convention intercantonale relative à l'utilisation de la méthode PLAISIR, du 16 juin 1997;
- Règlement de la Commission technique intercantonale PLAISIR, du 4 février 1999;
- Contrat-cadre relatif à l'application de la méthode PLAISIR, du 10 décembre 1998;
- Documents de la Commission technique intercantonale PLAISIR
- EROS : PLAISIR® 93, 1997
- EROS : PLAISIR® 93, Extraits statutaires du système PLAISIR®, 1997

D:\Exposés\Plaisir\Présentation OFS\ExposéOFS_2.doc