

**Commentaires relatifs au rapport de Monsieur G. Bartelt
«Définitions différentes des minutes et conséquences pour les
adaptations dans le système RAI» - Février 2009**

1. Cadrage

Le rapport rédigé par Monsieur G. Bartelt a été élaboré dans le cadre de la consultation sur les ordonnances relatives au nouveau financement des soins. Il émane de Q-Sys AG, firme qui représente et implante le RAI en Suisse et propose une augmentation des valeur-temps de base du RAI de 20%, afin d'assurer une équivalence avec BESA.

2. Aspects méthodologiques généraux

Il ne nous est pas possible de commenter de manière précise la méthode utilisée pour comparer les outils RAI et BESA entre eux, ne connaissant pas les études à la base de ces comparaisons.

Cependant, une remarque générale sur le plan méthodologique doit être faite. **La comparaison de RAI et PLAISIR® n'est pas adéquate en comparant les résultats de cette manière.** En effet, les modalités de mesure de la charge en soins sont différentes selon les outils et comparer les minutes RAI et PLAISIR®, par exemple, revient à comparer le poids d'un kilo de plume et d'un kilo de plomb. Le poids/la minute sont les mêmes; toutes les minutes que ce soit des minutes RAI, BESA ou PLAISIR® ont 60 secondes. Elles représentent toutes «du point de vue pris par l'outil» un temps de soins. **Ce qui diffère, c'est la manière de mesurer le temps de soins, ainsi que les activités comprises dans ces temps.** Les principales raisons en sont les suivantes :

- a) les bases utilisées pour la mesure dans les trois instruments diffèrent :
- o RAI est une anamnèse approfondie qui utilise un autre outil, de type DRG, pour quantifier le temps de soins : les Resources Utilization Groups (RUGs). Les RUGs sont établis à partir de l'état de santé de la personne et permettent de catégoriser cette dernière dans 44 groupes en fonction de la présence de : handicaps physiques, problèmes de comportement, déficits cognitifs, situations cliniques complexes, soins spéciaux, soins intensifs, réadaptation. **Les RUGs sont donc établis à partir de données essentiellement cliniques;**
 - o BESA a une anamnèse mais elle n'est pas corrélée aux paquets de prestations de soins «**donnés**» qui en constituent l'essentiel. C'est un outil global et relativement peu détaillé de **saisie de prestations;**
 - o PLAISIR® comporte une anamnèse corrélée directement à un plan de soins «requis», lequel décrit et **quantifie les actions de soins «à donner» déterminées en fonction de l'état de la personne, de ses ressources et de standards uniformes (guidelines)** compris dans l'outil. En outre, l'évaluation PLAISIR® est validée par une instance externe afin d'éviter des manipulations dans le cadre de l'utilisation à des fins de financement.

- b) **RAI et BESA mesurent les soins «donnés», alors que PLAISIR® mesure les soins «requis»**
- o Les RUGs ont été quantifiés à partir de minutages de temps de soins «donnés», effectués dans des établissements suisses alémaniques, **en 1999 et 2002**¹. Dans le cas des RUGs, un travail mathématique a été mené pour parvenir à des temps moyens considérés comme représentatifs, à partir de l'échantillon initial. Il s'agissait de déterminer une valeur-temps relative et un indice (CH-Index) pour chaque groupe de résidents, ayant une certaine durée de validité. Ce travail n'est cependant pas reproduit à chaque évaluation, ni chaque année. Ce sont les temps de soins mesurés en 2002 qui servent encore de base de financement en 2009²;
 - o Le principe de BESA est de quantifier la charge en soins à partir de groupes de prestations que «reçoit» le résident. Chaque groupe de prestations comporte plusieurs niveaux d'intensité et il suffit d'avoir une prestation dans le niveau le plus élevé pour que les points attribués à ce niveau soient pris en compte pour l'ensemble du paquet (il n'est pas nécessaire de recevoir toutes les prestations du groupe pour que le groupe soit attribué);
 - o PLAISIR® mesure les soins que «doit recevoir» un résident, en fonction de son état bio-psycho-social et de standards de référence. Chaque résident a un temps de soins «requis» individuel à la minute près, lequel est la somme des durées de toutes les actions de soins présentes dans le plan de soins requis. Ces soins «requis» doivent alors être «donnés»; ils servent de référence pour la planification des soins au quotidien.
- b) il est connu que les **soins «donnés» et le «temps consacré» aux différentes prestations dépendent de l'infrastructure et du contexte dans lesquels ces soins se font**. Ainsi, les soins donnés dépendent largement des critères de référence appliqués par la personne qui les donne ou par l'institution dans laquelle le soignant travaille. Dès que les ressources financières et en personnel diminuent, la quantité de soins «donnés» ou le temps qui leur est consacré diminue également. Par contre, lorsqu'ils sont directement financés, ils peuvent avoir tendance à augmenter, afin d'assurer le revenu du fournisseur de prestations, indépendamment des besoins effectifs des personnes soignées. Dès lors, ils peuvent varier beaucoup d'une personne ou d'une institution à l'autre. Cette tendance à la hausse ou à la baisse, selon les circonstances, est indépendante des outils utilisés, il convient de le rappeler. Sans normes de référence, elle peut se produire sans que l'on en prenne conscience..
- c) **les soins «requis» tels que définis par PLAISIR®, par contre, sont liés à des standards de fréquence**, ou guidelines, correspondant à de bonnes pratiques reconnues dans une région précise à un moment précis³. **Quant aux temps unitaires de base des actions de soins, ils sont fixes**, identiques pour tous les résidents. Ils correspondent au temps que met un soignant compétent dans des conditions normales. Ils sont cependant modifiés lors de l'évaluation par divers paramètres dépendant de la personne à prendre en charge : nombre d'intervenants, modalité du soin, lieu, matériel utilisé, etc. Ces standards de temps et de fréquence assurent, notamment, la qualité et l'équité de la détermination des besoins en soins⁴. C'est précisément pour éviter toute manipulation de ces standards que les temps unitaires ne sont pas publiés. Mais en revanche, des vérifications sont faites systématiquement par un centre de traitement des données, organe neutre, chargé de relire les évaluations et de les valider.

¹ Bartelt, G., Anliker, M., and Staudenmaier, B. (2004). Interkantonale Zeitstudie der RAI-Anwender Kantone Aargau, Basel Stadt, Bern, Solothurn, Zürich zur schweizerischen Validierung der Pflegeaufwandgruppen (RUGs). St. Gallen: Q-Sys AG

² Ce mode de calcul des RUGs est très semblable à celui des DRG utilisés dans les hôpitaux. Dans le cadre des DRG, les valeurs de base sont recalculées très fréquemment, afin de tenir compte de l'évolution des clientèles et des situations.

³ Les standards actuellement utilisés en Suisse romande ont été établis dans le canton de Vaud pour l'étude CAREMS (1993) et validés lors du test de la méthode PLAISIR® en Suisse romande (1997).

⁴ Ces temps unitaires de base sont revus lorsque les technologies utilisées pour les soins changent. Ce sont les divers paramètres supplémentaires qui permettent d'adapter à chaque évaluation le temps de soins à l'évolution de la clientèle et des pratiques.

3. Contenu des minutes de soins

Au paragraphe 2 de son texte, Monsieur G. Bartelt relève que l'ordonnance ne définit pas ce que doivent contenir les minutes de soins. Ainsi que cela a été relevé plus haut, une minute est une minute, d'une part, et les modalités de mesure du temps consacré au résidant, d'autre part, diffèrent selon les outils.

Cependant, un autre aspect est effectivement à considérer, c'est la liste des prestations prises en compte dans la mesure, laquelle diffère d'un outil à l'autre, et ce sur deux plans :

- la liste des actions de soins prises en charge obligatoirement dans le cadre de l'assurance-maladie,
- l'intégration, à cette liste, d'activités annexes indispensables à la réalisation de celles-ci.

3.1. Activités de soins obligatoirement à charge de l'assurance-maladie

Les actions de soins à prendre en compte dans la mesure du temps sont celles qui sont déjà définies par la loi :

L'art. 25a de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, du 13 juin 2008, mentionne :

"Soins en cas de maladie

¹L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux."

Quant à l'art. 7, al. 1, 2ter et 3 OPAS, actuellement en consultation, il dit :

"¹Les prestations au sens de l'art. 33, let. b OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2, let. a, et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);*
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);*
- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie LAMal)."*

Dans l'état actuel des textes à disposition, **les prestations qui entrent dans la mesure du temps de soins sont donc toujours, en ce qui concerne les EMS, les soins définis dans l'article 7 OPAS, déterminés par une évaluation des soins «requis» et dispensés sur la base d'une prescription médicale.**

Si l'on examine les 3 outils considérés et leur manière de travailler :

- a) RAI ne comprend **pas de liste d'actions de soins**; dans le cadre de l'étude des RUGs, une comparaison a été faite entre les actions de soins OPAS et une liste de soins relevés dans le cadre des minutages. Elle a servi lors de la quantification mais n'a pas d'utilité pour les établissements lors de la facturation, puisqu'ils facturent un RUG dont la valeur a été fixée une fois pour toutes;
- b) BESA reprend les activités de soins de l'OPAS et les catégorise dans de **grands groupes par types de prestations**. Ces listes servent directement à la facturation;
- c) PLAISIR® a établi une **table de concordance** entre les actions de soins PLAISIR® et les actions de soins OPAS et seules les actions comprises dans l'OPAS sont retenues pour la mesure du temps de soins «requis». Ce sont les actions de soins issues de cette liste OPAS qui sont détaillées dans le plan de soins et dont le temps global sert à la classification dont découle le forfait.

3.2. Activités annexes indispensables aux soins

Dans ce domaine, il règne effectivement plus d'opacité.

- a) dans la table établie lors de l'étude des RUGs, on constate que le temps consacré à toute l'administration relative au résidant est considérée comme facturable LAMal : évaluation des besoins, documentation, tenue du dossier, rapport, planification des soins, information au patient et à son entourage, ainsi que les renseignements donnés aux assureurs... Tous les autres temps non imputables directement au résidant ne sont pas compris, de même que les temps liés aux activités récréatives ou hôtelières;
- b) PLAISIR® ne mesure actuellement que les soins directement imputables au résidant, y compris certaines communications avec les autres soignants et l'entourage. Par contre, les activités administratives relatives au résidant et les communications au sujet du résidant ne sont pas encore comprises dans le temps de soins requis;
- c) Dans la valeur en temps du point BESA, il est prévu un certain pourcentage pour la documentation des soins et les communications au sujet du résidant.

4. Comparaison RAI/PLAISIR®

La comparaison RAI/PLAISIR® a été sortie de son contexte. Dans le rapport utilisé par Monsieur G. Bartelt⁵, un certain nombre de remarques préalables avaient été faites et les conclusions étaient plus nuancées :

- a) l'étude, dont Monsieur G. Bartelt a tiré le tableau de la page 6 de son rapport, n'a été possible que parce que PLAISIR® permettait aussi de classer les résidents des EMS romands dans les RUGs jusqu'en 2006. Une partie de l'étude, celle dont est tiré le tableau, **consistait donc à comparer la même population avec les deux outils. En revanche, une autre partie de l'étude a comparé la population PLAISIR® avec la population alémanique ayant servi à quantifier les RUGs;**
- b) **si l'on répartit les résidents PLAISIR® selon leur RUG, d'une part, et leur classe PLAISIR®, d'autre part, il est possible de constater que les classifications ne sont pas semblables. En effet, les classes PLAISIR® se retrouvent dans plusieurs RUGs. C'est relativement normal du fait que le système de classification est différent. Le RUG est construit à partir de données d'anamnèse et la classe PLAISIR® à partir du temps de soins. La dispersion des temps de soins PLAISIR® à l'intérieur des RUGs met en évidence le fait que, pour les mêmes données d'anamnèse, les temps de soins requis peuvent être très différents;**
- c) **les deux populations examinées sont différentes** : connaissant l'évolution de la population des quatre cantons utilisant PLAISIR® depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, il est très probable que la population romande soit effectivement plus handicapée et donc plus lourde que la population alémanique. Ceci peut s'observer dans la répartition des RUGs à l'intérieur des deux populations. La population alémanique ayant servi à la validation des temps RUGs date de 1999-2002. Elle est plus légère que la population PLAISIR®⁶.

⁵ Berthou, A. (Commission technique intercantonale PLAISIR). (2008). Comparaison des modes de classification de PLAISIR et de RUGs sur la base des données PLAISIR d'octobre 2006. Ecublens: ISE - Non publié.

⁶ Cette situation est aussi à mettre en relation avec une différence de prise en charge entre la Suisse romande et la Suisse alémanique, relevée également dans le rapport de l'Observatoire suisse de la santé, «Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse», Document de travail No 17, Neuchâtel mai 2007, p. iv : «Le recours plus fréquent aux EMS en Suisse orientale ne s'explique pas par la seule structure par âge de ces cantons, mais, selon les experts, par une perception différente du home : l'Altersheim de Suisse orientale est un lieu de vie communautaire et la proportion de personnes autonomes y est souvent plus élevée qu'en Suisse occidentale, où l'EMS est un lieu hautement médicalisé.»

- d) en conséquence, bien que les deux systèmes soient quantifiés en temps, la classification des résidants ne coïncide que pour 30% au plus de la population PLAISIR®.
- e) si l'on traduit cela en terme de financement, cela signifie que 70% des résidants ne seraient pas financés de la même manière si l'on utilise les RUGs ou PLAISIR®. Toutefois, même compte tenu de tout ce qui a été développé ci-dessus, il n'est pas possible d'en conclure que le case-mix n'a aucune influence et seule la définition des minutes est en cause.

5. Conclusion

Une comparaison effective de ces différents outils doit se baser non seulement sur les temps issus de la mesure, mais aussi sur une analyse de l'ensemble des processus utilisés pour parvenir à ces résultats et surtout sur un examen approfondi du case-mix.

Sans ces études complémentaires, il n'est pas possible de conclure que le temps de base attribué à tel ou tel outil doit être augmenté ou diminué par rapport aux autres.

Anne Berthou
Avril 2009