

COMMISSION TECHNIQUE INTERCANTONALE PLAISIR DE SUISSE ROMANDE

Exposé sur les circonstances et les conditions d'implantation et de mise en place de la méthode PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) dans les cantons de Genève, Vaud, Neuchâtel et Jura

Journée de travail sur les temps de soins requis et la dotation en personnel dans les institutions de long séjour - Résultats de l'évaluation de la méthode PLAISIR, dans onze établissements de l'association Arbeiterwohlfart - organisée par le Kuratorium Deutsche Altershilfe, sur mandat du Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, le 20 juin 2000.

**par Monsieur 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 - comme dans d'autres pays -, 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, 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 suisses 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, ce qui reste généralement l'exception tout au moins en Suisse. Des efforts considérables ont donc été mis en action en Suisse comme à l'étranger 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 terme 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 terme 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 une 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 de l'Etat (dans le cas suisse, les cantons) :
 - au niveau opérationnel : les administratifs (dans le cas suisse, les services de santé publique),
 - au niveau décisionnel : les politiques (dans le cas suisse, les chefs de département, autrement dit les gouvernements cantonaux).

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 deux objectifs :

1. les ressources en personnel sont en rapport avec les besoins à satisfaire;
2. les intérêts des fournisseurs de prestations que sont les établissements peuvent coïncider 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 un autre indicateur qui prenne en compte les objectifs de la direction et des soignants. C'est cet indicateur qui doit 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.

Au vu de ce qui précède, dès l'année 1992, le Groupement romand des services de santé publique (GRSP) qui réunit les chefs des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin a confié le mandat à l'Institut de santé et d'économie (ISE) de mettre sur pied un groupe de travail chargé d'étudier la problématique de l'allocation de ressources en personnel soignant. Faisaient partie de ce groupe de travail non seulement un représentant de chaque service des cantons intéressés, mais également des professionnels de la santé en provenance des mêmes cantons.

Le premier travail auquel s'est livré ce groupe a été de recenser l'ensemble des méthodes et systèmes existants en matière d'évaluation du degré de dépendance des pensionnaires et de calcul des dotations en personnel nécessaires à la prise en charge des soins infirmiers.

Très rapidement, le groupe de travail a conclu à la nécessité de mettre en exergue les instruments de mesure de la dotation en personnel soignant dans les institutions pour personnes âgées ainsi que de placer cette étude dans la perspective d'une collaboration intercantonale en la matière.

Les critères de base retenus par le groupe de travail ont été les suivants :

- il importe de choisir une méthode **existante**, pour une question de coût et de validation;
- celle-ci doit être **universelle** ou, du moins, utilisée sur une large échelle, mais **validée** en Suisse;
- en ce sens, elle doit être utilisable dans tous les cantons dans sa globalité, mais aussi **adaptable aux particularités locales** dans ses détails;
- elle doit être **directe**, de façon à être transparente et plus facile à mettre en route;
- elle doit partir des **soins requis**;
- elle doit rencontrer **l'approbation des professionnels concernés**. C'est un gage de succès qui découle, notamment, du processus "information - formation - maintenance", associé à la méthode;
- et, de ce fait, contenir ou être accompagnée par une **approche qualité**;

- elle doit être basée sur un **principe de réalité** et répondre à des besoins;
- elle doit aboutir à une allocation des ressources **financières** et des ressources **en personnel**;
- elle devrait pouvoir être étendue ou **être compatible** avec les méthodes utilisées dans les autres secteurs (soins à domicile - soins aigus), afin d'assurer une cohérence entre l'extra et l'intra-institutionnel;
- enfin, elle doit permettre la **gestion de l'activité interne** (répartition des ressources selon les besoins des résidants, organisation du travail, etc.), mais aussi la **gestion budgétaire** au niveau de l'établissement (gestion globale)

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 au travers de la création d'une "Commission technique intercantonale" chargée de la surveillance de l'implantation et de l'utilisation en continu de l'instrument choisi. 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 EROS (PRN - PLAISIR et dérivés) ont rallié un maximum de suffrage;
- b) à ce titre, l'instrument PLAISIR ne peut être utilisé dans notre pays qu'à **la condition d'avoir adapté** 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 de test et d'implantation / Années 1996 à 1998

Le Groupement romand des services de santé publique (GRSP), ainsi que la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), son organe faïtier qui réunit les chefs des départements concernés des cantons, 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. Le test a porté sur un nombre d'établissements, par conséquent de résidants et d'évaluations, fort divers selon les cantons. Par exemple, la plus grande partie des institutions vaudoises y ont participé et quasiment la totalité de celles du canton de Jura. Pour le canton de Neuchâtel, seuls deux établissements ont pris part au test.

Au vu des résultats probants et des affinements qui les ont suivis, la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (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 de 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 doivent 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 garantissant la comparabilité des données;
- surveiller l'évolution des normes;
- identifier les besoins d'actualisation des principes de la méthode;
- coordonner les adaptations éventuelles;
- faire le lien avec les autres utilisateurs au niveau national et international;
- publier un rapport annuel à l'intention de la CRASS sur ce qui précède.

En se fondant sur les bases de cette convention, les cantons romands signataires ont procédé, dès les années 1997 - 1998, à l'implantation de la méthode PLAISIR dans leurs établissements respectifs, selon des modalités et des rythmes pouvant présenter des différences.

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 à la Commission technique. Par ailleurs, celle-ci peut également inviter d'autres observateurs à siéger à ses séances parmi lesquels figurent actuellement le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) 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 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 infirmiers diplômés, autorités cantonales, assureurs-maladie et les participants au fonctionnement du système que sont EROS pour le CTD et ISE pour la "logistique".

Son organisation figure dans le schéma joint en annexe.

4. Les moyens de mise en place de la méthode PLAISIR dans le canton de Neuchâtel

La création de la Commission technique intercantonale PLAISIR a ainsi apporté la garantie de la comparabilité des données au plan intercantonal et face aux partenaires que sont les autorités cantonales, les assureurs-maladie, les directions de homes et leur personnel soignant, EROS et ISE.

Mais les moyens de mise en place de la méthode dans chaque canton sont forcément différents, selon les sensibilités et le degré d'avancement de leur organisation interne, en respect de leur souveraineté "d'Etat cantonal". A ce propos, je rappelle que la Suisse est une Confédération d'Etats qui ont délégué une partie de leur souveraineté à l'Etat fédéral (par exemple, la monnaie). Cela signifie que les cantons suisses sont restés des Etats souverains qui ont ainsi gardé certaines compétences dans différents domaines. C'est le cas, notamment, en matière d'instruction publique et de santé publique, dernier volet qui nous intéresse plus précisément.

Par simplification et à titre d'exemple, je parlerai ici uniquement du canton de Neuchâtel qui présente actuellement un degré d'organisation bien avancé. Mais il est important de savoir que les autres cantons romands se sont organisés et s'organisent encore d'une manière qui diffère de l'exemple neuchâtelois. En finalité, peu importe la forme, pourvu que l'objectif soit atteint.

Pour le compte du canton de Neuchâtel, les organes suivants ont été mis en place :

- un comité cantonal PLAISIR "de pilotage";
- une commission paritaire chargée de l'application de la Convention neuchâteloise pour les homes fixant la participation des assureurs-maladie aux frais de soins de leurs assurés.

Leur composition et leur rôle sont :

a) Comité cantonal PLAISIR "de pilotage"

Il est composé de représentants :

- du Service de la santé publique,
- des infirmiers évaluateurs,
- des deux associations représentatives des employeurs que sont les homes privés et les homes publics,
- des directeurs d'institutions qui sont également membres de la Commission technique intercantonale PLAISIR au titre de consultants.

Au total, cela représente onze personnes.

Son rôle est de relayer les informations et les décisions prises dans le cadre de la Commission technique intercantonale PLAISIR auprès des utilisateurs que sont les infirmiers évaluateurs et les directeurs d'institutions de notre canton. C'est également l'occasion de soulever les problèmes qui viennent de la base et de donner une réponse générale à tous ou de faire le lien avec EROS pour la résolution de certains d'entre eux. Le comité de pilotage est donc un intermédiaire qui non seulement diffuse les informations nécessaires venant "d'en haut", mais également recense les problèmes venant "d'en bas" pour leur trouver une solution ou, à défaut, s'adresser à EROS pour leur résolution. Ce que nous voulons éviter, c'est que chaque institution contacte individuellement EROS pour tout problème dont l'importance, l'envergure et l'intérêt peuvent être utiles à tous. Le comité de pilotage procède donc à une véritable "appréciation périodique de la situation" et prend les mesures qui s'imposent.

Le comité de pilotage organise également, selon les nécessités, des réunions d'informations sur la méthode et ses objectifs. Ces rencontres sont toujours ciblées et réunissent tour à tour, ou parfois en groupes selon l'intérêt du sujet :

- ⇒ les médecins des institutions,
- ⇒ les infirmiers évaluateurs,
- ⇒ les infirmiers diplômés et les aides soignants non évaluateurs,
- ⇒ les directeurs d'établissements,
- ⇒ les assureurs-maladie.

Ces réunions ont toujours comme objectif d'informer sur les travaux et les décisions prises par la Commission technique intercantonale, sur les mesures à arrêter sur le plan cantonal et de prendre le "pouls" des problèmes surgissant de la base;

b) Commission paritaire de la Convention neuchâteloise pour les homes fixant la participation des assureurs-maladie aux frais de soins de leurs assurés

Elle regroupe une délégation :

- des assureurs-maladie,
 - des directions de homes représentées par leur association d'employeurs respective
- et, en tant qu'observateurs,

- du Service de la santé publique,
- de la Société neuchâteloise de médecine.

Cette commission paritaire est chargée d'appliquer les dispositions conventionnelles et de fixer les tarifs (valeur des forfaits attribués à chaque classe de degré de dépendance des résidents). Actuellement, ces forfaits dans les homes publics sont de :

| Classe de dépendance | Forfaits | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| | Homes médicalisés | Homes non médicalisés |
| Classe 0 | aucune facturation | aucune facturation |
| Classe 1 | fr. 16.- | fr. 10.- |
| Classe 2 | fr. 21.- | fr. 18.- |
| Classe 3 | fr. 30.- | fr. 27.- |
| Classe 4 | fr. 43.- | fr. 39.- |
| Classe 5 | fr. 63.- | fr. 59.- |
| Classe 6 | fr. 91.- | fr. 59.- |
| Classe 7 | fr. 137.- | fr. 59.- |
| Classe 8 | fr. 212.- | fr. 59.- |

N.B. Les homes non médicalisés sont volontairement limités à un forfait maximum de fr. 59.- dès la classe 5, afin de les inciter à ne pas accueillir des résidents dont l'état de santé n'est pas de leur compétence et le degré de dépendance trop lourd pour leur infrastructure.

Dans ce cadre, l'autorité politique cantonale a pu imposer à l'ensemble des établissements pour personnes âgées :

1. l'obligation d'utiliser la méthode PLAISIR et de mettre à sa disposition les résultats des extrants;
2. l'utilisation d'un plan comptable uniforme cantonal;
3. l'application d'un programme informatique déterminé par le canton et permettant de transposer la comptabilité financière des institutions dans une comptabilité analytique par centre de charges. Cette dernière permet ainsi de séparer les coûts socio-hôtelières (financés par les résidents) des coûts de prestations de soins (imputables aux assureurs-maladie).

C'est sur cette base, véritable plate-forme, que sont négociés, d'une part les tarifs annuels à charge des assureurs-maladie et, d'autre part, l'allocation en ressources financières à charge de l'Etat de Neuchâtel.

* * * * *

Je terminerai cet exposé en mettant en exergue les difficultés que nous avons rencontrées avant l'implantation de la méthode PLAISIR dans notre canton et la situation qui lui fait suite.

5. Avant l'implantation de la méthode PLAISIR

L'Autorité cantonale 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 notre population âgée qui y réside 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 l'Autorité cantonale, mais souffrant à interprétation. Le calcul de ces dotations s'appuyait essentiellement sur des critères "temps" présentés par les pensionnaires pour leur prise en charge, grille remplie par le personnel soignant certes, mais dans le seul but d'obtenir des postes de travail supplémentaires. Ces justifications n'avaient, par ailleurs, aucune incidence dans le cadre du travail courant du personnel soignant, à part une surcharge administrative mal ressentie !

On se trouvait ainsi dans une situation de crainte caractérisée par :

- un malaise entre l'Autorité cantonale et les établissements lors de l'allocation budgétaire et des ressources en personnel soignant;
- une méfiance entre l'Autorité cantonale et les assureurs-maladie lors de la détermination du coût des prestations de soins.

En effet, dans ces deux cas, l'absence de critères objectifs reconnus entre partenaires souffrait de toutes les interprétations possibles, bien souvent exagérées par les uns et sous-estimées par les autres. Cette situation a provoqué le désir des partenaires de trouver un terrain d'entente, fondé sur des critères objectifs pour régler ce type de conflits d'intérêts.

Néanmoins, ce désir a aussi engendré quelques craintes :

- crainte de l'Autorité cantonale de pouvoir comparer les dotations en personnel soignant non seulement entre établissements neuchâtelois, mais encore entre cantons et de se sentir ainsi liées "à la hausse" aux résultats PLAISIR (cette crainte n'était pas fondée);
- a contrario, crainte des directions d'établissements de voir l'introduction de la méthode PLAISIR comme un moyen de l'Autorité cantonale pour restreindre les dotations en personnel soignant (cette crainte était infondée, lesdites dotations étant d'emblée et globalement suffisantes, dans une très large mesure, pour couvrir les soins requis déterminés par PLAISIR. Cependant, la méthode a permis un rééquilibrage dans certains cas de homes médicalisés - majoritaires - et un sérieux appoint en personnel soignant dans les homes non médicalisés - minoritaires -);

- crainte des assureurs-maladie de voir exploser les coûts des prestations de soins mis à leur charge (cette crainte s'est avérée exacte, non à cause des dotations en personnel soignant, mais par suite de l'élargissement des prestations de soins imputables aux caisses-maladie provoqué par la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie et une sous-estimation de la lourdeur des cas que la méthode PLAISIR a révélée);
- crainte des assureurs-maladie et des directions d'établissements de voir les coûts réels de la prise en charge des personnes âgées en institutions être mis en évidence avec les répercussions financières que cela implique (cette crainte s'est révélée fondée, les coûts réels n'ayant aucune mesure avec les prix négociés jusqu'alors).

6. Après l'implantation de la méthode PLAISIR

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

Le climat des négociations entre les différents partenaires est beaucoup plus serein malgré les intérêts divergents parce qu'au moins la valeur de l'instrument est unanimement reconnu. Cette unanimité qui existe dans les cantons de Neuchâtel et du Jura n'est pas entièrement partagée dans les cantons de Vaud et de Genève où des luttes d'influence entre partenaires ont toujours cours, la méthode PLAISIR n'ayant pas été suffisante pour aplanir les divergences préexistantes.

Mais, je le répète, dans le canton de Neuchâtel, la confiance est de mise car la valeur de l'instrument est reconnue. Je détaille cette confiance de la manière suivante :

- confiance entre l'Autorité cantonale et les directeurs d'établissements dans les résultats ressortissant de la méthode PLAISIR, d'où une négociation pour l'allocation budgétaire et des ressources en personnel soignant facilitée, car les partenaires :
 - reconnaissent la pertinence de "l'étalon PLAISIR" comme dotation maximale,
 - admettent que l'Autorité cantonale n'est pas tenue d'allouer le 100 % des dotations soignantes, mais y tend au maximum en fonction de ses possibilités financières.

A titre d'exemple, les budgets 2001 des institutions publiques neuchâtelaises sont fondés sur les critères suivants :

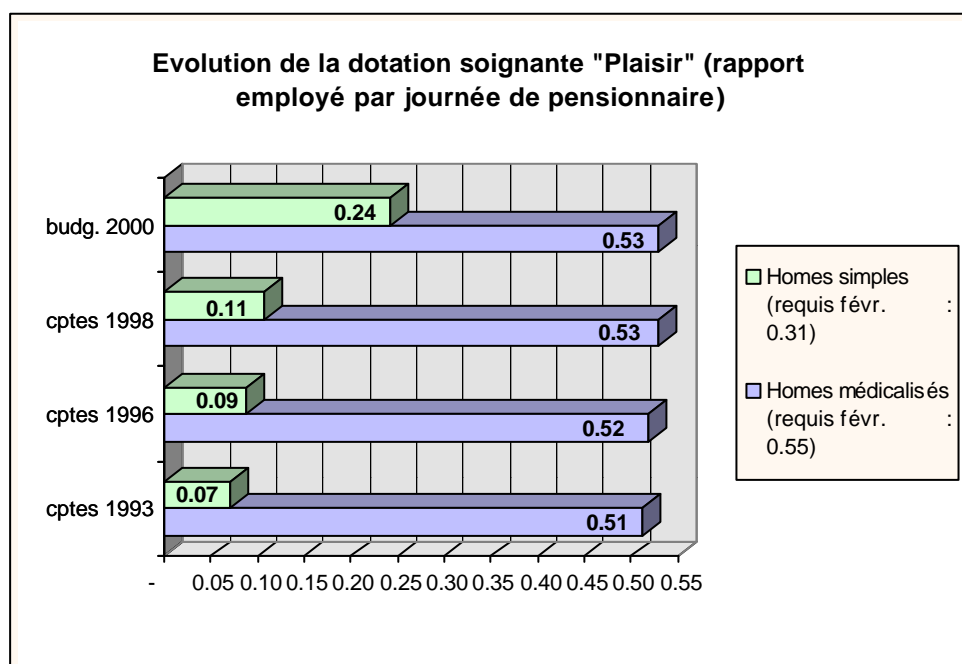
- dotation soignante réelle à 90 % au moins du requis PLAISIR (un taux inférieur est inadmissible pour l'Etat, en tant qu'autorité responsable de la surveillance des institutions, comme des assureurs-maladie qui ne peuvent agréer de financer des soins "donnés" non conformes aux soins "requis". Le home doit engager du personnel supplémentaire),
- dotation soignante réelle à 100 % au maximum du requis PLAISIR (en cas de taux supérieur, le home doit adapter sa dotation ou en supporte les conséquences financières : pénalité de la part de l'Etat et des assureurs-maladie),
- les prévisions budgétaires sont, en fait, établies sur une dotation soignante réelle représentant le 95 % du requis PLAISIR, afin d'être dans la fourchette annuelle en fonction des mutations des pensionnaires. En effet, ces dernières provoquent des fluctuations au niveau des degrés de dépendance des résidants qui ont une incidence dans les domaines de l'encaissement des forfaits payés par les assureurs-maladie et des dotations en personnel soignant;

- confiance entre l'Autorité cantonale et les assureurs-maladie quant au calcul du coût des prestations de soins sur la base de la comptabilité analytique par centre de charges et sa répartition pondérée par degré de dépendance du "pensionnaire assuré" fondée sur la méthode PLAISIR (le couplage d'une comptabilité analytique à la méthode PLAISIR est indispensable, selon l'avis récent de l'Office fédéral des assurances sociales).

Au vu des expériences actuelles, l'instrument PLAISIR est devenu indispensable dans le canton de Neuchâtel, car il permet :

- au personnel soignant d'avoir une aide, des critères et des indicateurs dans le cadre de son travail (plan de soins, justification fondée des unités nécessaires de personnel);
- à la direction des établissements d'avoir une aide objective à la gestion :
 - du personnel soignant (renforcement des équipes, transfert de personnel d'une unité de soins à l'autre),
 - des pensionnaires (lourdeur objective des cas et leur admission, répartition et transfert dans les unités de soins) et
 - financière (contrôle et respect du budget et des recettes "soins");
- aux assureurs-maladie de pouvoir établir leurs prévisions budgétaires selon un mode de projection facilité, compte tenu du nombre connu de leur assurés à des tarifs déterminés;
- à l'Autorité cantonale d'avoir en main un moyen objectif d'allocation des ressources financières et en personnel soignant aux établissements, des statistiques comparatives inter-établissements et intercantionales, ainsi qu'une connaissance de l'état de santé bio-psycho-social des résidents âgés en institution.

Je l'ai dit plus haut, la crainte majeure de l'Autorité cantonale était d'être soumise à une forte pression des institutions en vue d'une augmentation des effectifs en personnel soignant. A contrario, les établissements craignaient une pression égale de la part de l'Etat pour une diminution desdits effectifs. Dans la réalité neuchâteloise, les dotations en personnel soignant ont évolué de la manière suivante :



* * * * *

Au terme de cet exposé, je puis dire que l'élément essentiel en cas d'implantation de la méthode PLAISIR - comme de toute autre méthode d'ailleurs - dans un canton ou à l'échelle d'un pays, passe par une information complète et honnête sur l'instrument et ses limites, ses tenants et aboutissants, ses résultats et de quelle manière, suivant les situations, on peut envisager la résolution des problèmes qui pourraient en ressortir. Cette information doit être ciblée et mettre en présence, tour à tour, non seulement les partenaires principaux que sont l'Autorité politique, les assureurs-maladie et les directions d'établissements, mais également ceux qui portent la méthode dans le terrain, à savoir le corps médical, le corps des infirmiers en particulier et le personnel soignant en général. C'est à ce prix que le succès peut être obtenu et il convient, dans cette première phase, ni de le sous-estimer ni de le négliger.

Une fois "gagnés à la cause", les partenaires sont ensemble porteurs de l'instrument et trouvent la solution aux problèmes qu'il met en évidence, dans un état d'esprit constructif qui aplanit singulièrement les intérêts divergents.

Je profite de l'occasion de cet exposé pour vous remercier d'avoir permis à la Commission technique intercantonale PLAISIR de présenter "le cas Suisse romand". J'espère que les aléas et les points forts et faibles de notre expériences vous seront utiles. Sachez qu'en tout temps notre Commission technique sera à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et pour toute collaboration qui pourrait s'instaurer entre l'Allemagne et cette petite partie de la Suisse.

Neuchâtel, le 31 mai 2000

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 et du Service neuchâtelois de la santé publique.