

Facturation de prestations de soins par les institutions pour personnes en situation de handicap

L'espérance de vie des personnes en situation de handicap a fortement augmenté, au cours de ces dernières décennies. Cela vaut également pour les personnes vivant dans des institutions sociales. Durant ces dix prochaines années, le nombre de résidents de plus de 64/65 ans va plus que doubler¹. Les raisons à cela sont l'amélioration de l'accompagnement et de l'habitat, du style de vie (alimentation, mouvement, etc.) ainsi que de la fourniture des soins. Malgré cela, l'espérance de vie moyenne des personnes en situation de handicap reste six à douze ans moins élevée que celle de l'ensemble de la population² et est influencée par le type et l'importance du handicap. Avec l'âge, le risque de maladie augmente aussi, une grande partie des personnes en situation de handicap souffrant d'une ou de plusieurs maladies (multimorbidité) dans le domaine somatique et psychique. En comparaison avec les personnes sans handicap, les problèmes de santé complexes sont plus fréquents ; les maladies typiques de l'âge apparaissent par exemple plus tôt, évoluent par poussées et se superposent aux handicaps acquis à la naissance ou ultérieurement. On relèvera notamment la prévalence élevée de troubles démentiels chez les personnes souffrant de déficiences cognitives, celles avec un syndrome de Down étant significativement plus souvent touchées. A côté de l'évolution des besoins en soins médicaux et du corps, les personnes âgées en situation de handicap sont également confrontées à des défis personnels. La perte de personnes familières ou de structures offrant un cadre stable (p.ex. travail) doit être maîtrisée, ce qui requiert un soutien et un accompagnement compétents par des professionnels.

Tous ces changements représentent des défis pour les institutions pour personnes en situation de handicap. Ces défis sont de nature professionnelle, p.ex. du fait que l'accent des soins doit être mis sur des maladies liées à l'âge. D'un autre côté, il y a les questions financières, comme le montre un sondage de CURAVIVA Suisse.³ Plus de 70% des institutions pour personnes en situation de handicap souhaitent des informations et des conseils de la part de CURAVIVA Suisse dans le domaine du financement des prestations pour personnes âgées en situation de handicap. Dans ce cadre, une attention particulière va à la facturation de prestations de soins par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Aujourd'hui, 10% des institutions pour personnes en situation de handicap facturent déjà des prestations par l'AOS, et plus de 10% supplémentaires évaluent cette possibilité⁴.

L'augmentation de l'âge et des soins requis n'est toutefois qu'une des raisons qui font que les institutions pour personnes en situation de handicap s'intéressent à la facturation de prestations de soins par l'AOS. Une autre raison est liée aux efforts d'économie des cantons. Ces dernières années, ceux-ci ont prévu, dans leurs budgets, des coûts normalisés plus bas pour le soutien professionnel aux personnes en situation de handicap, bien que le besoin de soutien de ces personnes augmente au contraire avec l'âge. De par la loi, les cantons doivent participer aux coûts du séjour dans une institution reconnue, de manière à ce qu'aucune personne en situation de handicap ne doive faire appel à l'aide sociale en raison de ce séjour.⁵ Ils le font de manière subsidiaire, c.-à-d. en complément à toutes les autres prestations touchées par les personnes en situation de handicap, p.ex. les prestations des assurances sociales. Si des institutions s'organisent de manière à pouvoir facturer nouvellement par l'AOS une partie de leurs prestations prises en charge jusqu'ici par le canton, cela entraîne une diminution des dépenses du département cantonal concerné. Cela contribue à la mise en œuvre de la réduction prévue des dépenses, apparemment sans diminution des prestations pour les personnes en situation de handicap vivant dans des institutions avec un mandat social. Il n'y a pas de législation

¹ « Sondage Cybersanté, handicap et vieillissement », CURAVIVA Suisse (2017)

² Dieckmann et al. 2016, p. 68

³ « Sondage handicap et vieillissement », CURAVIVA Suisse (2017)

⁴ Voir note en pied de page 1

⁵ LIPPI, art. 7, al. 1

cantonale permettant aux cantons d'obliger les institutions sociales pour personnes en situation de handicap de facturer des prestations de soins par l'AOS. Malgré cela, il est possible d'aller dans ce sens, p.ex. au moyen de l'instrument des coûts normalisés ou de la définition de montants maximum.

En raison de difficultés financières ou par intérêt professionnel, de nombreuses institutions pour personnes en situation de handicap se demandent par conséquent si elles ne devraient pas facturer des prestations de soins par l'AOS.

1 Possibilités de facturer des prestations de soins

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) définit qui peut fournir des prestations de soins et les facturer par les caisses-maladie.⁶ Les institutions pour personnes en situation de handicap ne font pas partie des fournisseurs de prestations habilités à facturer des prestations par l'AOS. Elles ont toutefois plusieurs possibilités de devenir des fournisseurs de prestations habilités à facturer ou de collaborer avec de tels fournisseurs. Cela vaut aussi pour les avantages et les inconvénients énumérés, qui ne représentent qu'un aperçu succinct.

Obtention de la reconnaissance en tant qu'EMS

Une institution ne peut être reconnue comme EMS que si elle figure sur la liste cantonale des EMS.⁷ La compétence décisionnelle quant à l'inscription ou non d'EMS sur cette liste est actuellement détenue exclusivement par les cantons. Des initiatives parlementaires demandent toutefois un droit de regard des assureurs-maladie. Les exigences de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins (OPAS) et de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP) doivent dans tous les cas être remplies pour qu'une institution puisse être inscrite sur cette liste. Ces textes de loi contiennent des exigences concernant, entre autres, le personnel, la saisie des prestations, les concepts, l'infrastructure et la comptabilité. A côté de la réalisation de ces dispositions, l'offre de l'institution doit également correspondre à la planification du canton en matière de soins, pour que l'institution puisse être inscrite sur cette liste.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de facturer l'ensemble des prestations de soins • L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. peuvent être conçus par l'institution elle-même • Les résidents peuvent – s'ils le souhaitent – vivre toute leur vie dans l'institution 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût initial très important (reconnaissance, achat de nouveaux systèmes, acquisition de savoir-faire, affiliation au dossier électronique du patient, etc.) • Coûts d'exploitation très importants (deux systèmes, deux autorités de surveillance, collecte des indicateurs de qualité médicaux, etc.)

Obtention de la reconnaissance comme groupe d'habitation médicalisé

Dans ce cas, la reconnaissance comme établissement de soins n'est sollicitée que pour une unité de l'institution, p.ex. un groupe d'habitation ou un site externe. Dans ce cas également, les dispositions susdites doivent être remplies, toutefois seulement dans le cadre de l'unité qui sollicite la reconnaissance.

⁶ LAMAL, art. 35, al. 2

⁷ LAMAL, art. 39, let. e

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de facturer des prestations de soins dans un groupe d'habitation • L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. peuvent être conçus par l'institution elle-même • Le surcoût se limite principalement aux activités du groupe d'habitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût initial très important • Coûts d'exploitation importants • Peu de flexibilité en cas de variation des coûts des soins (p.ex. résidents requérant des soins plus importants ou taux d'occupation insuffisant) • Des résidents peuvent être contraints de déménager

Collaboration avec un établissement de soins

L'institution pour personnes en situation de handicap n'obtient pas elle-même la reconnaissance pour l'exploitation d'un groupe d'habitation médicalisé, mais collabore avec un établissement de soins existant. Ce dernier ouvre un groupe d'habitation médicalisé spécialement destiné aux personnes en situation de handicap et se charge des soins à ces personnes, tandis que l'institution pour personnes en situation de handicap se charge de leur accompagnement.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Facturation de toutes les prestations de soins par l'établissement de soins • Le savoir-faire en matière de soins est assuré • Les résidents peuvent entrer dans un établissement de soins tenant compte de leurs besoins spécifiques en matière de soins et d'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût initial important • Coût de coordination important avec le partenaire • L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. ne sont pas conçus par l'institution elle-même • Les résidents peuvent être contraints de déménager • Eventuellement : fragmentation (au niveau du personnel) des prestations de soins et d'accompagnement • Peu de flexibilité en cas de variation des coûts des soins (p.ex. résidents requérant des soins plus importants ou taux d'occupation insuffisant)

Fonder sa propre organisation d'aide et de soins à domicile

Les organisations d'aide et de soins à domicile ont besoin d'une autorisation d'exploitation du canton dans lequel elles travaillent.⁸ Cette autorisation est liée à des exigences. Il s'agit également de remplir des exigences légales aux niveaux fédéral et cantonal. Il y a notamment des exigences concernant le personnel, l'infrastructure, la comptabilité, la documentation des prestations et les concepts. Par ailleurs, seuls peuvent être fournis les soins prescrits par un médecin.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Facturation de toutes les prestations de soins par l'établissement de soins • L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. peuvent être conçus par l'institution elle-même • Les résidents peuvent – s'ils le souhaitent – rester où ils sont • Flexibilité en cas de variation des coûts de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût initial très important • Coûts d'exploitation très importants • Risque de fragmentation (au niveau du personnel) des prestations de soins et d'accompagnement

⁸ OAMal, art. 51, let. a

Collaboration avec une organisation d'aide et de soins à domicile

L'institution pour personnes en situation de handicap n'obtient pas elle-même l'autorisation d'exploitation d'une organisation d'aide et de soins à domicile, mais collabore avec une telle organisation existante. Dans ce cas, ce n'est pas l'institution qui facture les prestations de soins à une caisse-maladie, mais l'organisation d'aide et de soins à domicile. Dans ce cas également, les prestations de soins doivent être prescrites par un médecin.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> Flexibilité élevée en cas de variation des coûts des soins Les résidents peuvent – s'ils le souhaitent – rester où ils sont Facturation de prestations de soins clairement définies 	<ul style="list-style-type: none"> Coût initial important Coût de coordination important avec le partenaire L'infrastructure, les processus, les concepts, la culture, etc. ne sont pas conçus par l'institution elle-même Fragmentation importante (au niveau du personnel) des prestations de soins et d'accompagnement

Mandat à une infirmière diplômée indépendante

Il existe des infirmières diplômées indépendantes. Celles-ci doivent remplir quelques conditions préalables et, notamment, disposer d'un numéro RCC de l'association des assureurs-maladie. Si une institution travaille avec une telle personne, cette dernière facture elle-même directement à la caisse-maladie. Les prestations de soins doivent être prescrites par un médecin.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> Les résidents peuvent – s'ils le souhaitent – rester où ils sont Facturation de prestations de soins clairement définies Coûts modestes, en comparaison avec les autres solutions 	<ul style="list-style-type: none"> Flexibilité limitée Risque d'indisponibilité / remplacement durant les vacances Judicieux uniquement à petite échelle. En cas d'engagement de plusieurs personnes : coûts de coordination très importants

2 Coûts pour la facturation de prestations de soins

L'institution qui souhaite fournir et (faire) facturer des prestations de soins se lance dans un projet important, lié à des coûts. Il s'agit, d'une part, du coût initial, résultant de la réflexion sur ce sujet, les possibilités, les conditions et les conséquences. Il ya aussi les coûts pour la mise en œuvre du projet, notamment pour la reconnaissance de l'EMS ou du groupe d'habitation ainsi que pour la mise en place de sa propre organisation d'aide et de soins à domicile. Ces coûts sont liés aux postes suivants :

Coûts	Coût initial	Coûts d'exploitation
<u>Projet</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Conception Réorganisation des structures de l'organisation Réorganisation des processus Event. mandat de conseil 	<ul style="list-style-type: none"> x x x x 	

<u>Personnel</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Recrutement (infirmière dipl. ES/HES, responsable des soins, etc.) Perfectionnement Formation Modification du règlement des compétences Révision des descriptifs des postes Révision de la structure des salaires Supervision / coaching des équipes Fluctuations 	X X X X X X X X X	X X X X X
<u>Infrastructure</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Réalisation à neuf / transformation de l'architecture (intérieure et extérieure) Organisation des locaux Déménagement 	X X X	
<u>Informatique / systèmes</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Introduction d'un instrument d'évaluation des soins requis (Besa / Rai, Rai HC, Plaisir) Documentation des soins Gestion du système de saisie des prestations Achat d'ordinateurs / tablettes / logiciels Assurer l'accès au dossier électronique du patient (DEP) conformément à la législation Entretien et soutien Licences de logiciels Développement du WLAN 	X X X X	X X X
<u>Finances</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Elaboration d'une nouvelle structure : centres de coûts / types de coûts Gestion supplémentaire de la comptabilité / du plan comptable soins Comptabilité des investissements Analyse du temps de travail Reporting supplémentaire à l'office compétent / aux caisses-maladie Statistique SOMED A 	X	X X X
<u>Qualité</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Détermination des indicateurs de qualité médicaux nationaux Réalisation des exigences cantonales (concepts / exigences de qualité) Audits supplémentaires des caisses-maladie / offices 		X X
<u>Bases</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Adhésion à la convention administrative Sollicitation d'un numéro RCC Event. affiliation à des associations correspondantes 	X X	X

Ce projet va de pair avec un développement de l'organisation. Cela concerne tous les domaines de l'institution et présente des défis non seulement techniques, organisationnels et en matière d'acquisition, mais aussi culturels. Une approche commune doit d'abord être élaborée, notamment en cas de modification de la composition des différents groupes professionnels ou si de nouvelles équipes interdisciplinaires doivent être mises en place. Les professionnels du secteur social et du secteur de la santé travaillent avec des méthodes et des approches différentes, leurs priorités et leurs objectifs peuvent être différents, et ils utilisent généralement des communications différentes.

Elaborer une culture et une procédure communes prend du temps et peut aussi entraîner des pertes de personnel.

Exemples :

Points potentiel à discuter entre professionnels du secteur social et du secteur de la santé

- Qu'est-ce qui appartient, respectivement, aux soins et à l'accompagnement ? (p.ex. soutien pour faire sa toilette ou pour manger)
- Priorité à faire sa toilette soi-même ou à être parfaitement propre ?
- Les cubes dans le couloir représentent-ils des stimuli ou un risque de chute ?
- Pendant combien de temps se contente-t-on d'observer une personne qui essaie de s'habiller et à quel moment aide-t-on la personne, afin d'assurer un déroulement efficace ?
- Comportement agité : s'agit-il de douleurs, d'ennui ou d'un excès de stimuli ?
- Jusqu'à quel point le retour d'information peut-il être direct ?

Une grande partie des coûts sont des coûts d'investissement, qui apparaissent en une fois, du fait que le projet ne peut guère être développé sur plusieurs années. En règle générale, le canton ne prend pas en charge ces coûts d'investissement. Les autres autorités et les assurances sociales ne participent pas non plus à ces coûts. Cela est particulièrement problématique, parce que de nombreuses institutions ne s'intéressent à la possibilité de facturer des prestations de soins que lorsque la situation est déjà tendue à moyen ou à court terme. Il y a un risque que des moyens destinés à l'accompagnement et au soutien des personnes en situation de handicap soient utilisés pour couvrir les coûts du projet.

3 Questions en suspens concernant la facturation de prestations de soins

Aujourd'hui déjà, diverses institutions pour personnes en situation de handicap facturent une partie de leur travail en tant que prestations de soins par l'assurance obligatoire des soins. Il reste toutefois des questions qui ne sont pas totalement tirées au clair. Les questions suivantes représentent une sélection, mais ne prétendent pas constituer une liste exhaustive.

- **Qu'est-ce qui est une maladie et qu'est-ce qui est un handicap ?**

La distinction entre une maladie et un handicap est d'abord une question juridique. Celle-ci est déterminante pour le financement des prestations d'une institution. La loi prévoit que l'assurance-maladie ne prenne en charge que les prestations destinées à traiter une maladie et ses conséquences.⁹ Les personnes souhaitant facturer le plus possible de prestations par la caisse-maladie ont un intérêt manifeste à désigner le plus grand nombre possible de besoins de soutien des personnes en situation de handicap comme conséquences d'une maladie. La question dépasse toutefois le cadre juridique et a des conséquences sur l'attitude face aux personnes en situation de handicap. L'approche de la société concernant la maladie et les personnes malades est orientée déficit. Les maladies sont des troubles qui doivent être guéris ou atténués. Un handicap, en revanche, est considéré par les professionnels comme une forme de déficience faisant partie intégrante de la vie humaine et de la société humaine, et qui représente une source d'enrichissement culturel et social. La notion de handicap est fortement liée aux actions et aux attentes de la société. L'attitude d'assistance et de soins, ainsi que l'accent mis sur les causes et les symptômes, que l'on applique face aux personnes malades, ne sont pas adaptés aux personnes en situation de handicap. Pour ces derniers, il convient au contraire de mettre l'accent sur les ressources et l'autonomie, sans oublier les soins.

- **Les organisations d'aide et de soins à domicile sont-elles autorisées à soigner des personnes dans un cadre stationnaire ?**

Les personnes vivant dans des institutions pour personnes en situation de handicap le font dans un cadre stationnaire, autrement dit, une communauté d'habitation institutionnelle avec un

⁹ LAMAL, art. 25, al. 1

mandat de l'Etat. Les cantons fournissent des contributions, pour que les résidents reçoivent un soutien répondant à leurs besoins. Ce soutien comprend aussi des activités qui seraient considérées comme des prestations de soins selon les dispositions de la loi sur l'assurance-maladie. Certains argumentent que les prestations nécessaires sont par conséquent déjà financées et que l'intervention d'une organisation d'aide et de soins à domicile conduirait à une double facturation des prestations. L'intervention d'organisations d'aide et de soins à domicile peut par conséquent être controversée, d'autant plus que des bases légales claires dans ce domaine font défaut dans de nombreux cantons. Quelques cantons autorisent explicitement la réalisation de prestations par des fournisseurs de prestations externes dans des institutions pour personnes en situation de handicap, d'autres cantons sont plus réticents.

- **Qui prend en charge la participation du patient ?**

L'assurance-maladie ne prend en charge qu'une partie des coûts résultant des soins à la personne. Cette dernière doit également prendre en charge une partie des coûts. La participation du patient est actuellement plafonnée à CHF 21.60 par jour pour les soins stationnaires et CHF 15.95 par jour pour l'aide et les soins à domicile. Si une institution facture nouvellement des prestations par l'AOS, on peut se demander à qui elle doit facturer la participation du patient : au canton ou au résident ? En cas de changement de système, il y a un risque que les personnes en situation de handicap doivent soudain prendre en charge une part nettement plus élevée pour les mêmes prestations.

- **Qui prend en charge les coûts résiduels des prestations d'organisations d'aide et de soins à domicile fournies dans des institutions pour personnes en situation de handicap ?**

Le canton est responsable du financement des offres pour personnes en situation de handicap. Dans certains cantons, la responsabilité pour l'aide et les soins à domicile est toutefois assumée par les communes, qui doivent également prendre en charge les coûts résiduels liés aux prestations d'organisations d'aide et de soins à domicile. Dans ce cas, une collaboration accrue avec une organisation d'aide et de soins à domicile peut entraîner un surcoût important pour la commune d'implantation de l'institution, si la législation n'est pas modifiée. Cette évolution ne doit pas être encouragée, en raison de la charge disproportionnée qu'elle entraîne pour la commune d'implantation.

La question des coûts résiduels se pose aussi si une institution crée sa propre organisation d'aide et de soins à domicile. La prise en charge des coûts résiduels d'une telle organisation sans convention de prestations avec la commune est réglée diversement : en fonction de la commune d'implantation de l'institution, il s'agit de déterminer qui prend en charge les coûts résiduels et dans quelle proportion.

La question de la prise en charge des coûts résiduels peut aussi se poser si une institution pour personnes en situation de handicap exploite, en plus, un service de soins ou devient un EMS. Les coûts résiduels de ces soins doivent être pris en charge par le canton. Les offres dans le secteur social et de la santé sont toutefois du ressort de plusieurs départements, de sorte que la compétence doit être réglée au sein du canton.

- **Quelles sont les compétences des collaborateurs/trices dans les soins et quelles en sont les conséquences ?**

Cette question se pose notamment lorsqu'une institution pour personnes en situation de handicap est intégrée dans son ensemble dans la liste des EMS. Les conditions relatives à l'autorisation et la contribution aux prestations de soins sont réglées précisément dans la législation, de même que les compétences opérationnelles des professionnels issus des formations réglementées. De nombreuses activités réalisées par les collaborateurs/trices d'institutions pour personnes en situation de handicap sous le terme d'« accompagnement » font

partie des soins de base lorsqu'elles sont effectuées par des infirmiers/ères diplômés et facturées selon LAMal, p.ex. le soutien pour faire sa toilette ou pour manger. La question du financement, mais aussi des responsabilités, est directement liée à la question des compétences pour effectuer ces prestations. Cette question touche également l'attitude face aux personnes en situation de handicap, comme déjà relevé plus haut, ainsi que la question de la réalisation de l'objectif pédagogique. Le temps disponible pour la réalisation des prestations de soins est strictement limité et minuté, ce temps étant souvent utilisé pour d'autres prestations (la personne fournissant les soins assure une tâche pour la personne accompagnée, p.ex. pour l'aider à s'habiller). Dans une perspective pédagogique, on travaille le plus longtemps possible en guidant la personne en situation de handicap au lieu d'effectuer les activités à sa place, ce qui prend toutefois plus de temps – un temps qui n'est pas pris en charge par les caisses-maladie. Conformément à la loi, les collaborateurs/trices ne peuvent réaliser que les prestations de soins pour lesquelles ils ont acquis les compétences opérationnelles dans le cadre de leur formation. Cela concerne très diversement les collaborateurs/trices d'institutions pour personnes en situation de handicap : alors que les études en pédagogie sociale (ES/HES) ne comprennent pas de compétences opérationnelles correspondantes, les assistants/tes socio-éducatifs disposent, en fonction de l'orientation choisie, de compétences opérationnelles plus ou moins importantes dans les soins. Cela vaut notamment pour les assistants/tes socio-éducatifs avec orientation personnes âgées. Certaines prestations de soins peuvent toutefois être déléguées à des personnes n'ayant pas acquis les compétences opérationnelles correspondantes durant leurs études, pour autant que cette activité soit supervisée par un/e infirmier/ère diplômé/e. Avec des représentants/tes de la pratique, CURAVIVA Suisse s'est penchée sur les conséquences concrètes de la législation sur la pratique dans les institutions pour personnes en situation de handicap. Cette réflexion a donné lieu à la fiche « Soins dans les institutions pour personnes en situation de handicap : qui a quelles compétences ? » Celle-ci peut être commandée au Domaine spécialisé personnes en situation de handicap (contact : r.jakovina@curaviva.ch).

4 Conséquences de la facturation de prestations de soins

En facturant des prestations de soins, les institutions pour personnes en situation de handicap cherchent, d'une part, à améliorer l'accès à un savoir-faire en matière de soins pour les résidents requérant un soutien spécialisé en raison de leurs problèmes de santé. D'autre part, elles espèrent une meilleure rémunération de leurs prestations, dans un environnement marqué par une pression à l'économie. Concernant ce dernier point, il y a toutefois un risque que la facturation de prestations de soins par les institutions pour personnes en situation de handicap ait l'effet contraire au-delà de l'institution individuelle, comme le montrent l'explication ci-après.

Aujourd'hui, toujours plus de cantons appliquent des coûts normalisés. Ils déterminent le coût moyen ou médian des institutions pour personnes en situation de handicap et définissent, sur cette base, des tarifs ou des forfaits maximum. Pour certaines institutions, ces forfaits maximum sont trop bas : ils ne leur permettent pas de financer entièrement les prestations fournies.¹⁰ Supposons qu'une partie de ces institutions s'organisent pour facturer, nouvellement, une partie de leurs prestations par l'AOS. Elles financent nouvellement par l'AOS au moins les prestations dépassant ce maximum, mais peut-être aussi quelques prestations supplémentaire, voire jusqu'aux soins de base. Ces prestations ne sont alors plus à charge du canton, ce qui se répercute sur le calcul des coûts normalisés : ces coûts diminuent et, avec eux, les tarifs et les forfaits maximum. Cela met à son tour une pression financière sur d'autres institutions qui pouvaient, jusque-là, financer leurs prestations dans le cadre des montants maximum prévus. Parallèlement, les institutions qui facturent nouvellement par l'AOS ne sont pas indemnisées d'une partie des coûts (administratifs) supplémentaires, ce qui implique qu'elles doivent réduire leurs

¹⁰ Des coûts non couverts résultent non seulement du soutien aux personnes en situation de handicap et des soins fournis, mais aussi, notamment, du soutien à des personnes avec un comportement agressif.

prestations en faveur des résidents (p.ex. moins de temps pour les soins et l'assistance) pour couvrir ces coûts.

La facturation de prestations par l'AOS est liée à des coûts importants et à des conséquences pour les institutions ainsi que pour l'ensemble du secteur. Cela ne permet toutefois guère d'abaisser les coûts. On constate bien plus un transfert du financement : une partie des coûts est nouvellement prise en charge par les caisses-maladie en lieu et place du canton – et répercutée sur l'ensemble des assurés (la société) par le biais d'augmentations des primes. Par ailleurs, la législation prévoit que les bénéficiaires de prestations prennent en charge une quote-part, qui est actuellement plafonnée à CHF 21.60 par jour. Si des prestations sont nouvellement facturées par l'AOS, cela peut entraîner des coûts supplémentaires pour les résidents requérant des soins, en l'absence de contre-mesures.

La plus grande partie du transfert du financement a lieu au sein du canton : celui-ci supporte non seulement les coûts du soutien aux personnes en situation de handicap dans les institutions, mais est aussi légalement tenu de prendre en charge la plus grande partie des coûts des prestations de soins stationnaires¹¹. Le canton doit donc dans tous les cas prendre en charge une grande partie des coûts ; seuls changent le département compétent et le budget.

5 Position de CURAVIVA Suisse

CURAVIVA Suisse estime que le rapport avantages/coûts d'une (nouvelle) facturation des prestations de soins par les institutions pour personnes en situation de handicap n'est économiquement pas judicieux. L'association s'engage par conséquent pour que les projets de facturation de prestations de soins par l'AOS soient étudiés avec soin.

La facturation de prestations de soins est recherchée, d'une part, pour des raisons financières et, d'autre part, dans le but d'obtenir ainsi un meilleur accès au savoir-faire en matière de soins en faveur des résidents. Du fait que les prestations de soins facturées par l'AOS ne peuvent être fournies que par des professionnels habilités, on peut effectivement partir du principe que la qualité des soins sera améliorée. L'appel à du personnel qualifié pour les soins médicaux ne doit toutefois pas dépendre du type de financement de ces prestations. Aujourd'hui déjà, près de 30% des institutions pour personnes en situation de handicap emploient des infirmiers/ères diplômés.¹² Ces ressources ne sont toutefois que rarement facturées par l'AOS. La plupart du temps, elles font partie intégrante des prestations de soutien financées sur la base d'une convention de prestations avec le canton. L'important est de tenir compte individuellement des besoins (croissants) des personnes en situation de handicap en matière de soins médicaux et de leur fournir ce soutien dans une bonne qualité. Il serait toutefois erroné d'en déduire que les institutions pour personnes en situation de handicap doivent obligatoirement pouvoir facturer des prestations par l'AOS.

Les offres pour personnes requérant des soins importants en raison de maladies liées à l'âge font partie d'une bonne fourniture des soins. A l'avenir, ces offres ne seront pas proposées séparément, mais feront partie de l'espace social des personnes ayant besoins de soutien.¹³ Dans ce sens, il est tout à fait judicieux de créer des offres de soins spécifiques pour personnes âgées en situation de handicap, notamment si ces offres leur permettent de rester dans leur environnement familial. Lors du développement de telles offres (p.ex. service de soins ou groupe d'habitation médicalisé pour personnes souffrant de démence sénile), on peut étudier le financement des prestations par l'AOS, du fait que l'accent est mis, dans ce cas, sur la fourniture des soins liés à des maladies.

¹¹ LAMAL, art. 49a

¹² « Sondage Cybersanté, handicap et vieillissement », CURAVIVA Suisse (2017)

¹³ Cf. le Modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse

CURAVIVA Suisse rejette toutefois une introduction générale de la facturation de prestations de soins par l'AOS dans les institutions pour personnes en situation de handicap. Elle ne soutient pas, notamment, les efforts visant à faire reconnaître des institutions entières en tant qu'EMS. Les coûts et les efforts que cela implique sont disproportionnés par rapport aux avantages, notamment dans un système qui est déjà soumis à des charges élevées (en personnel et financières). Par ailleurs, on peut craindre que les prestations de soutien pour personnes en situation de handicap souffrent quantitativement et qualitativement, car la mise en œuvre et l'exploitation mobilisent des ressources importantes, tandis que le risque de fragmentation des prestations de soins et d'accompagnement augmente et que le maintien d'une approche orientée ressources devient plus difficile.

Plutôt que de mettre en place une nouvelle facturation parallèle, CURAVIVA Suisse estime plus judicieux de se pencher sur les défauts des modèles actuellement en place pour le financement des prestations. A l'avenir, ceux-ci doivent tenir compte de manière globale des besoins des personnes en situation de handicap et prendre également en charge les prestations de soutien réellement nécessaires de la part des institutions. CURAVIVA Suisse s'engage pour le développement des modèles correspondants, notamment à travers la participation active au projet de recherche « Saisie et financement de prestations dans les institutions pour adultes en situation de handicap » de la Haute école spécialisée à distance suisse, de la Haute école spécialisée de Suisse italienne et de la Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse.