

INTRODUCTION DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS L'ARTICLE 7 DE L'OPAS : PROPOSITIONS ET ARGUMENTS

Sylvie Francey

1. AVANT-PROPOS

Mon parcours professionnel permet d'expliquer le thème choisi pour mon mémoire : je suis économiste de formation ayant obtenu une licence en gestion d'entreprise à l'école des HEC à l'Université de Lausanne. J'ai travaillé ensuite en fiduciaires dans le secteur audit pour rejoindre une clinique psychiatrique privée dans laquelle j'ai rempli la fonction de directrice financière, puis de directrice générale.

Les onze années passées dans cet établissement m'ont permis de constater, entre bien d'autres choses, que la psychiatrie, bien que spécialité de la médecine, se trouve souvent en être le parent pauvre de même en ce qui concerne les soins infirmiers y afférents. Cet écart entre ces deux secteurs, médecine somatique et psychiatrique, étant le reflet de deux approches différentes où l'évolution de la première se mesure aux progrès scientifiques et technologiques tandis que, pour la seconde, son évolution n'est souvent que la résultante d'une adaptation a posteriori aux changements et mutations de la société.

Lorsque Madame Anne Berthou, infirmière consultante, directrice associée, responsable du secteur soins de l'Institut de santé et d'économie (ISE) m'a fait part du projet concernant les « Propositions de démarche visant une modification de l'ordonnance OPAS, pour une meilleure reconnaissance des soins de santé mentale », j'ai lu et relu l'art. 7 de l'OPAS. Le constat d'absence de prestations concernant la prise en charge infirmière de patients souffrant de troubles psychiques, hormis des soins de base, m'a motivée à participer à une réflexion et à une correction nécessaire de cet état de fait. En effet, le contexte d'il y a 5-7 ans a évolué et la situation telle qu'elle est aujourd'hui appelle un aménagement de cet article.

Envisager de considérer cette problématique pour l'économiste que je suis avec un esprit cartésien, ayant l'habitude de travailler avec du concret quantifiable est, d'une part, un défi car ce domaine touche à de l'abstrait qui doit néanmoins être rendu visible, définissable, mesurable et quantifiable et, d'autre part, un privilège car c'est participer à revaloriser la dimension relationnelle des prestations de santé publique.

2. INTRODUCTION

2.1 L'OBJET DE LA PROBLEMATIQUE

L'article 7 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) a pour titre « Définition des soins » et il donne une liste de prestations à l'alinéa 2. Les prestations de santé mentale en terme de soins spécifiques, prodigués par des infirmières diplômées, en sont absentes ou à tout le moins incomplètes.

Ceci n'est pas la conséquence d'une omission, mais plutôt dû au contexte d'il y a environ 5-7 ans en arrière qui était différent. La description de ce contexte, de la situation actuelle et de l'évolution à venir permettront d'expliquer la nécessité d'une modification de cet article 7 OPAS, reproduit intégralement dans l'annexe 1.

Une question non examinée est celle de l'hospitalisation au sens de la loi, et de savoir à partir de quel moment une personne n'a plus droit aux prestations d'hospitalisation et doit être prise en charge ambulatoirement. Cet aspect est particulièrement aigu en ce qui concerne le transfert de l'hôpital vers un établissement médico-social (EMS). Le patient ne peut regagner son domicile, il doit quand même être « hébergé » mais l'on considère que la prise en charge médicale ambulatoire est suffisante. Le cas est particulier dans le canton de Vaud, car il dispose de structures pour la prise en charge en EMS de patients psychiatriques, alors que dans d'autres cantons, le patient demeure hospitalisé. La conséquence est qu'une partie des coûts couverts par l'assurance maladie dans certains cantons, passe à la charge du patient dans les cas vaudois. Nous verrons par contre que le financement de cette prise en charge ambulatoire pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques n'est pas adéquat. Mais ce travail n'examine pas le bien-fondé légal, d'une part, d'une prise en charge ambulatoire en EMS d'un patient transféré de l'hôpital psychiatrique, ni, d'autre part, du transfert d'une partie des coûts sur le patient.

2.2 PROJET

L'Association des infirmières indépendantes suisses (ADIIS) s'est adressée en septembre 2000 au Comité central de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) pour qu'une démarche soit entreprise visant une modification de l'ordonnance OPAS, pour une meilleure reconnaissance des soins infirmiers en santé mentale. Suite à cela, le Comité central de l'ASI a mandaté l'ADIIS en collaboration avec la Commission pour les soins en santé mentale et psychiatrie de l'ASI pour réaliser ce projet.

Un groupe de travail ad hoc s'est formé en novembre 2000 sous la responsabilité d'un chef de projet : Madame Anne Berthou. Ce groupe était composé de 12 personnes, représentants des divers domaines de la santé mentale (psychiatrie et géro-psycho-geriatrie de court et long séjour, en hôpital, en home et au domicile) et surtout des 3 régions linguistiques.

En se basant sur des travaux en cours ou existants, ce groupe de travail a élaboré une liste de prestations de santé mentale et a choisi la méthode Delphi pour la soumettre et la valider auprès d'experts de toute la Suisse.

3. STATUT ACTUEL DES SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES ET DE SANTE MENTALE

3.1 CONTEXTE DONNE PAR L'OFAS

3.1.1 Base légale

Parmi les modifications intervenues au 1^{er} janvier 1996 lors de l'introduction de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), l'obligation est faite aux caisses-maladie de couvrir l'ensemble des prestations prévues par un « catalogue » définissant l'étendue de l'assurance-maladie sociale (art 24-31 LAMal) et il leur est interdit de rembourser dans le cadre de l'assurance-maladie sociale toute prestation n'y figurant pas. Les frais liés aux prestations non prévues par le « catalogue » des prestations sont assumés par les patients, soit directement, soit par le biais d'assurances complémentaires privées.

Le but poursuivi par la LAMal vise à garantir à tous un même accès aux soins et à éviter l'arbitraire des décisions prises par les caisses-maladie. En vue de cette recherche de l'égalité de traitement, le contenu du « catalogue » des prestations a acquis une importance cruciale dans la mesure où ce dernier définit complètement le champ d'accès aux soins dans le cadre de l'assurance-maladie sociale.

L'article 25 al. 2 LAMal :

2 Ces prestations comprennent :

- a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par :
 1. des médecins
 2. des chiropraticiens
 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription médicale ou sur mandat médical ;

b.à h. ...

L'article 33 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) prévoit que le Département désigne, après avoir consulté la commission compétente :

- a. les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions;
- b. les prestations visées à l'article 25 al. 2 de la loi qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens;

c.à g. ...

Le « catalogue » est défini plus précisément dans l'OPAS. Mais ce terme « catalogue » est trompeur et devrait être utilisé avec précaution, car il pourrait faire croire en l'existence d'une liste explicite et exhaustive des prestations couvertes par l'assurance de base (liste positive), ce qui n'est le cas que pour certaines catégories de prestations.

Par exemple, les prestations fournies quotidiennement par les médecins en cabinet et dans les

hôpitaux ne sont pas énumérées dans une liste positive. Leur remboursement est en principe systématique, la pratique montre que la plupart des prestations se sont imposées d'elles-mêmes, au vu des résultats positifs obtenus auprès des utilisateurs, davantage que comme le résultat d'une évaluation rigoureuse. Toutefois, l'annexe 1 de l'OPAS contient à ce jour environ 165 prestations ou groupes de prestations qui ont été évaluées et 15 qui sont en cours d'évaluation. Elles sont donc assorties d'une décision - à charge ou non de l'assurance – et, le cas échéant, sous quelles conditions.

En outre, certaines prestations médicales échappent au « principe de confiance » dont bénéficie l'activité des médecins en général. Il s'agit essentiellement des mesures de prévention et des prestations spécifiques de maternité, qui font l'objet d'une liste positive explicitée par l'OPAS, voir chapitre 3 et 4, les art. 12-16. Nous pouvons également noter que ces deux types de prestations ne concernent pas le traitement d'une maladie proprement dit.

En ce qui concerne les prestations qui ne sont pas fournies par des médecins, elles sont décrites essentiellement dans le chapitre 2 : Prestations fournies sur prescription ou mandat médical avec les articles 5 à 11.

3.1.2 Origine de l'article 7 OPAS

Cet article est reproduit intégralement dans l'annexe 1 du présent mémoire.

Au départ, ces prestations ont été décrites par un groupe de travail SPITEX pour les soins à domicile. Au fur à mesure de l'avancement des travaux, il a été déterminé par la Commission fédérale des prestations que ces prestations concerneraient non seulement les soins dispensés à domicile, mais également ambulatoirement et dans les établissements médico-sociaux.

Des travaux préparatoires que l'OPAS a archivés en rapport avec cet article 7 de l'OPAS, ressortent les informations suivantes^a :

« Le projet de l'art 7 ne comportait aucune mention sur les soins psychiatriques et psycho-gériatriques lorsqu'il a été envoyé pour consultation aux cantons, aux partis politiques et aux associations intéressées.

Lors de cette procédure de consultation, la demande pour que des prestations de soins psychiatriques et psycho-gériatriques soient ajoutées fut faite par de nombreuses organisations telles que : Heimverband Schweiz, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, VESKA devenu H+, la clinique universitaire psychiatrique de Zurich, Schweizerische Alzheimervereinigung, Pro Mente Sana, la Croix-Rouge Suisse, l'Association suisse des infirmières et infirmiers. Il ressort des consultations que les activités suivantes en faisaient partie :

- Surveillance et prise en charge de patients atteints de démence
- Procurer aux patients une structure de jour et développer leur communication
- Instruction et aide dans l'accomplissement des tâches journalières
- Prévenir et diminuer la mise en danger des patients eux-mêmes et de leurs proches

L'accent a été mis particulièrement sur le fait que l'apport de ces prestations permettrait le maintien de patients à domicile ou de les soigner dans des structures semi-stationnaires (de jour ou de nuit) évitant ainsi des admissions à l'hôpital ou en EMS et contribuerait par conséquent à économiser des coûts.

a J'ai consulté les documents archivés par l'OPAS en rapport avec la création de cet article 7 de l'OPAS dont ce résumé, traduit de l'allemand, mis en citation

Les dispositions de cet article ont été remaniées sur la base de la procédure de consultation, en ne se référant ainsi plus seulement aux soins à domicile mais également aux soins ambulatoires et en établissements médico-sociaux. Dans le but que des soins pour des malades psychiatriques et psycho-gériatriques puissent être indemnisés, ils ont été insérés dans la catégorie soins de base.

Ce projet modifié a été discuté lors d'une séance de la Commission fédérale des prestations, qui a décidé de supprimer la mention des soins psychiatriques et psycho-gériatriques par sept voix contre quatre. Ceci a eu lieu le 31 août 1995, alors que l'OPAS date du 29 septembre 1995.

Puis, le Département Fédéral de l'Intérieur est revenu en arrière et a décidé d'intégrer la mention spécifique des soins de base des maladies psychiatriques et psycho-gériatriques comme prévu après consultation ».

La structure de cet article 7 OPAS est donc la suivante :

Titre : **Définition des soins**

1 L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins

Selon l'évaluation des soins requis

Sur prescription médicale ou mandat médical

Prestataires : a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal)

b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal)

c. établissements médico-sociaux (art. 93, 3^e al., LAMal)

Les prestations sont :

a. instructions et conseils

1. Evaluation des besoins du patient et de son entourage, et mise en place des interventions nécessaires en collaboration avec le médecin et le patient.

2. Conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non-professionnels pour l'exécution des soins, en particulier pour l'administration des médicaments ou l'emploi d'appareils médicaux, ainsi que les contrôles nécessaires.

b. Examens et soins

chiffre 1 à12 (ensemble de prestations de soins techniques)

c. Soins de base

1. Soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que : bander les jambes, mettre les bas de compression, réfection du lit, installation du patient, exercices, mobilisation, prévention der escarres, prévention et soins des lésions de la peau consécutives à un traitement : aide aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche, pour habiller et dévêtir le patient, pour l'alimenter ;

2. **Soins de base des maladies psychiques et psycho-gériatriques.**

Pour tenir compte du fait que la procédure de consultation avait mis en évidence le fait qu'il existe des personnes ne nécessitant pas tant de prestations médico-techniques mais plutôt des soins psychiatriques, il a été considéré que ces prestations, réduites à un rôle d'assistance et de guide, pouvaient être assumées par des aides-soignant(e)s dûment formé(e)s, donc pouvaient être incluses dans les soins de base, en ajoutant que c'était ce qui correspondait à la pratique et ce qui permettait la prise en charge de telles personnes de façon ambulatoire. Cet argument non convaincant sera repris et discuté sous le point 5.1.1 ci-après.

3.2 CONTEXTE DONNE PAR LA PRATIQUE ET SON EVOLUTION

3.2.1 Au temps de la création de l'OPAS

Il n'est pas surprenant de constater que, lors de l'élaboration de cet article destiné à décrire les soins infirmiers, toute l'attention se soit portée pour décrire les prestations infirmières de soins somatiques, avant tout parce que, comme indiqué précédemment, cet article était destiné, dans un premier temps, à décrire les activités de soins à domicile. Le patient souffrant de troubles psychiques importants ou demandant des soins en dehors des consultations médicales ambulatoires était systématiquement hospitalisé.

Une tendance au changement était sûrement déjà amorcée, car l'ouverture à l'aide et aux soins à domicile a été aussi encouragée dans le but de maintenir le patient souffrant de troubles psychiques à domicile. L'éventail des soins fournis s'élargissait certainement de prestations de soins de santé mentale. Cependant, du fait de la nature même de ces prestations qui sont plus abstraites, moins quantifiables, par conséquent moins facilement descriptibles ou définissables que peut l'être un acte technique, elles étaient et demeurent peu visibles, donc pas reconnues, sans vouloir dire qu'elles étaient inexistantes.

Comme déjà mentionné, le secteur psychiatrique offrait essentiellement des traitements hospitaliers, le développement du semi-hospitalier et de l'ambulatoire était encore très restreint. Ce domaine de soins était financé au moyen d'un forfait journalier, résultant d'une négociation annuelle entre les institutions psychiatriques publiques, les cantons et les Fédérations cantonales des caisses-maladie. Il englobait l'ensemble des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux. Les prestations n'étant absolument pas détaillées, cette situation n'offrait donc pas la possibilité d'adapter des prestations déjà visibles et reconnues au secteur des soins à domicile.

Ceci explique qu'après plusieurs hésitations, le Département ait quand même voulu faire apparaître une mention relative au domaine de soins psychiatriques, au moyen de ce chiffre 2, classifié sous c) soins de base : **Soins de base des maladies psychiques et psycho-gériatriques**. Cette formulation laisse d'ailleurs à désirer car les soins ne sont pas donnés aux maladies mais aux malades. En allemand, la formulation est plus heureuse : « psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege ».

3.2.2 Aujourd'hui

Face au développement de la médecine dite technique et biomédicale qui conduit à la recherche effrénée de solutions dans le but de soigner ou de supprimer les maladies, il y a une prise de conscience des limites (cancers toujours bien présents malgré des progrès importants, SIDA) et de certains effets négatifs (infections nosocomiales, résistances aux antibiotiques, le développement des allergies) de cette médecine dite toute puissante. La critique adressée à cette médecine est qu'elle traite la maladie mais ne soigne pas l'individu malade. Le patient est considéré comme un objet porteur d'une pathologie et non pas comme un sujet concerné par une maladie, sur laquelle il a ou aurait une ou des possibilités d'action. Ce constat expliquerait le retour en force aux médecines dites alternatives ou « douces » qui semblent mieux prendre en compte l'individu malade dans son ensemble. Apparaît également le débat sur l'éthique des soins selon laquelle un soin n'est ou ne serait valable que s'il y a une connaissance préalable du patient, tant par une approche biologique que psychologique, prenant en compte l'environnement social, culturel et l'histoire personnelle du patient, d'où l'intérêt pour une prise en charge holistique de la personne. De même, le développement de la qualité n'est plus seulement axé sur la qualité technique mais aussi sur la qualité relationnelle en cherchant à considérer également la santé mentale des patients.

Il y a aujourd'hui dans tous les hôpitaux universitaires suisses, une unité de psychiatrie de liaison

qui, par sa présence dans les lieux d'hospitalisation somatiques, permet d'accompagner des patients atteints de maladies incurables ou qui ont subi une lourde intervention qui change leur situation de vie pour leur apporter les soins de santé mentale dont ils ont besoin. Ces personnes n'ont pas une pathologie psychiatrique mais ont besoin d'une prise en charge globale qui leur permet de mieux faire face à la souffrance, à la nouvelle situation de vie ou à l'handicap. Les médecins travaillant dans le domaine hospitalier sont aujourd'hui hyper spécialisés et sont soulagés de savoir que d'autres soignants prennent en charge la dimension mentale, psychique de leur patient.

L'ASI qui compte près de 27'000 professionnels membres, infirmières et infirmiers diplômés, (reconnus par la Croix-Rouge Suisse, instance de surveillance de la formation de base infirmière) a adopté lors de son congrès 2000 la résolution suivante : « L'ASI et ses membres mettent tout en œuvre pour rendre visible l'apport indispensable des soins aux personnes souffrant de problèmes psychiques et pour développer une conception solide du rôle des professionnels ». Les patients souffrant de problèmes psychiques ne se trouvent pas tous dans des cliniques psychiatriques, loin de là, la plupart sont soignés à la maison ou dans des services de soins généraux. L'ASI désire rendre ces soins visibles, pour cela il faut admettre la nécessité de se mettre d'accord sur ces prestations spécifiques et reconnaître le droit des patients de recevoir des soins qualifiés aussi dans ce domaine afin de respecter une égalité de traitement.

Secteur psychiatrique : Les durées d'hospitalisations en milieu psychiatrique ont significativement été réduites, par le développement de centres de traitement hors de l'hôpital qui offrent des structures intermédiaires diversifiées, (transfert dans des EMS ayant une mission spécifique, offres courtes, de proximité, prise en charge des crises, accueil du patient pour le jour...). Bien que ces structures de prise en charge psychiatriques semi-hospitalières et ambulatoires devraient être entièrement à la charge de l'assurance maladie de base, elles sont le plus souvent subventionnées par le biais d'une couverture du déficit, car le forfait journalier pour une journée complète ou demi-journée à charge de l'assurance de base ne couvre pas les coûts. Dans le cas de l'ambulatoire, si les caisses-maladie avaient exigé que les prestations infirmières soient décrites et facturées sur la base des prestations de l'art. 7 de l'OPAS - tout comme le sont les activités considérées comme ambulatoires lorsqu'elles sont fournies par des organismes de soins à domicile, par des infirmières indépendantes ou par des EMS – ce dernier aurait déjà été modifié pour en corriger les lacunes afin que les prestations fournies, dans ce secteur psychiatrique, puissent être indemnisables.

D'ailleurs, il est intéressant de mentionner la particularité des conventions ambulatoires de psychiatrie qui sont différemment négociées par chaque canton avec les fédérations cantonales des assureurs-maladie :

- Le canton de Genève, par exemple, a une convention pour les prestations ambulatoires tandis que les prestations semi-hospitalières sont incluses dans la convention hospitalière. Pour l'ambulatoire, le tarif par quart d'heure infirmier pour les traitements psychiatriques a été négocié sur la base du Catalogue des prestations hospitalières (CPH), mais à 3 points plutôt que 4 mentionnés dans le CPH pour des soins fournis par du personnel non médical, ce qui revient à fr. 12.- le quart d'heure, (valeur du point CPH : fr. 4.-). La base légale n'est donc pas l'article 7 de l'OPAS.
- Pour le canton de Vaud, la convention regroupe le semi-hospitalier et l'ambulatoire qui a aussi une position négociée au franc par quart d'heure infirmier, fr. 18.50 pour les mesures d'investigation et de traitement et fr. 10.75 pour les mesures des soins de base et de surveillance. Il n'y a pas de référence à l'art 7 de l'OPAS mais pas non plus mention d'une autre base légale.

Dans le canton de Vaud, il y a clairement une reconnaissance de prestations psychiatriques dispensées par du personnel qualifié à un tarif horaire correspondant environ au niveau des tarifs des soins à domicile de fr. 74.- l'heure, et un tarif de fr. 43.- pour des soins de base.

Dans le canton de Genève, le tarif est unique à fr. 48.- et la qualification du personnel n'est pas

indiquée.

Soins à domicile : Les activités des organisations d'aide et de soins à domicile se sont développées et organisées. Cela a provoqué un élargissement des possibilités de recours aux soins qui se trouve également nécessaire au vu de l'évolution sociale et démographique. « Au cours des dernières décennies, la stabilité et la capacité de soutien de la cellule familiale et de la parenté ont régressé en raison de l'individualisation et de la diversification des modes d'existence ainsi que des changements démographiques. Un indicateur de ces modifications est l'augmentation du nombre des divorces et des remariages, de ménages sans enfant ou à une seule personne, de la mobilité professionnelle et géographique, de « familles incomplètes », etc. Bien qu'en compensation de la perte de la fonction familiale, de nouveaux réseaux sociaux solidaires tels que les communautés de logement, l'aide au voisinage, les groupes d'entraide et d'autres formes d'aide bénévole aient vu le jour et continuent à se multiplier, la société enregistre un nombre croissant de personnes socialement isolées, chroniquement malades, handicapées, dépendantes de soins et souvent âgées, qui ne sont pas (plus) assistées par le système bénévole, mais qui dépendent de l'aide institutionnelle du système professionnel »^a. On peut également déduire de ce constat que les besoins en soins ont et vont changer, et comprendre la raison de l'apparition d'une large réflexion sur la santé mentale.

En inscrivant les soins extrahospitaliers dans le catalogue des prestations de la LAMal, l'intention du législateur était de mettre sur un pied d'égalité l'approvisionnement en soins stationnaires et ambulatoires. Ainsi, les coûts d'hospitalisation évités ne sont pas transférés à la charge du patient, mais l'assurance maladie couvre la prise en charge ambulatoire, partant du principe que les soins dispensés doivent être de même qualité. Cela a eu pour conséquence de transférer une partie des coûts des pouvoirs publics aux assureurs-maladie et, afin de contenir ces dépenses, le Département de l'Intérieur a mis en vigueur des tarifs-cadres avec effet au 1.1.1998, art 9c) de l'OPAS.

L'ensemble des organismes cantonaux de soins à domicile négocient néanmoins leurs tarifs avec la fédération cantonale des assureurs-maladie. Les prestations facturables sont celles de l'art. 7 de l'OPAS.

Les disparités sont présentes, par exemple :

- Les tarifs genevois sont les suivants : prestations prodiguées par un/une infirmier/ière fr. 65.- par heure pour instructions, conseils, examens et soins, fr. 60.- pour les soins de bases et fr. 45.- pour les soins de base prodigués par des aides.
- Les tarifs vaudois sont les suivants : fr. 65.- par heure pour a) évaluation et conseils fr.65.- pour b) examens et soins et fr. 42.- pour c) soins de base.

Il n'y a pas de mention spécifique des soins infirmiers psychiatriques dans les conventions. Ces soins spécifiques existent, ils sont prodigués par des infirmières ou par des aides mais sont englobés dans l'ensemble des soins.

Infirmières indépendantes : Considérées comme prestataires de soins ambulatoires, elles doivent remplir les conditions de l'art 49 OAMal pour exercer à charge de l'assurance de base. Leurs prestations sont soumises aux mêmes bases légales que les organismes de soins à domicile, cependant, il existe une convention au niveau national entre l'ASI et le Concordat des assureurs-maladie suisses. Ces tarifs sont également appliqués par un certain nombre de services à domicile privés en Suisse alémanique, et peuvent être considérés en quelque sorte comme un tarif-cadre.

a Système de santé suisse 2001/2002. 9. Bénévolat et soins prodigués par l'entourage. Peter C.Meyer.

Ce tarif est le suivant :

a) mesures d'évaluation des besoins et conseil	13 points/10 min	78.-/h
b) mesures d'investigations et traitement	12 points/10 min	72.-/h

c1) mesures de soins de base en relation avec a) et/ou b)	11 points/10 min	66.-/h
c2) mesures de soins de base	6.5points/10 min	39.-/h

La valeur du point est prévue à fr. 1.-, et elle varie de + ou – 10 centimes selon les accords avec les fédérations cantonales d'assureurs-maladie.

Si les organisations de soins à domicile peuvent facturer selon les 3 types de prestations de l'art 7 al.2, lettre a., b., et c., sans donner de détails, les infirmières indépendantes doivent spécifier à l'intérieur de ces groupes quelles prestations elles ont effectuées selon la liste de descriptions prévue dans l'article 7 et considérée comme exhaustive par l'assureur-maladie. C'est donc là que surgit de manière nette et précise le problème des prestations en santé mentale fournies par les professionnels mais pas explicitement mentionnées dans cet article. Ceci donnant lieu à de nombreux litiges entre assureurs et infirmières indépendantes qui sont actuellement l'objet de procédure devant des tribunaux arbitraux cantonaux.

Il n'est donc pas étonnant que la demande d'une modification de cet article vienne de ce groupe de prestataires qui n'ont pas de possibilité, d'une part, de contourner la précision de cet article et, d'autre part, de compenser cette non couverture par d'autres sources de financement, des subventions par exemple, comme c'est le cas pour d'autres secteurs. De plus, le fait que les infirmières indépendantes n'ont pas l'autorisation d'engager du personnel non qualifié pour déléguer les soins de base, elles sont souvent contraintes de les dispenser elle-mêmes à un tarif qui ne correspond pas à leur qualification.

Etablissement médico-sociaux : L'entrée en vigueur de la LAMal a uniformisé le cadre pour le secteur de l'hébergement médico-social, notamment par les articles suivants de la LAMal :

- L'article 25 prévoit que l'assurance maladie prend en charge le coût des prestations (examens, traitements et soins) dispensés en établissement médico-social par des médecins ou des personnes exerçant sous mandat ou prescription médicale.
- L'article 35 pose le principe que les EMS peuvent pratiquer à la charge de l'assurance maladie et l'article 39 conditionne cette possibilité à six règles cumulatives : la garantie d'une assistance médicale suffisante, la mise à disposition du personnel qualifié nécessaire, l'existence d'équipements médicaux adéquats, la garantie d'une fourniture adéquate des médicaments, l'existence d'une planification cantonale et la mention de l'EMS sur la liste des établissements reconnus.
- L'article 43 mentionne que le tarif des prestations des EMS peut se déterminer au temps consacré, à la prestation ou au forfait.
- L'article 50 indique qu'en cas de séjour dans un EMS, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile.

Ces dispositions ont ensuite été précisées au travers de l'ordonnance OAMal et de la jurisprudence. Au niveau de l'OPAS, ce sont les articles 7 à 9a qui leur sont appliqués.

Ce cadre législatif a introduit l'évaluation des prestations à fournir par le biais des soins requis. Pour cela, il y a eu recours à des outils permettant de déterminer la charge en soins infirmiers. Des EMS romands ont appliqué l'outil PLAISIR et des EMS alémaniques d'autres outils comme BESA ou RAI. Voir point 3.3 ci-dessous.

La délimitation exacte de ces prestations n'a aujourd'hui pas d'incidence directe sur le financement puisque les caisses-maladie remboursent les prestations à charge de l'assurance maladie sur la base d'un forfait, dont le montant ne correspond ni aux coûts réels des prestations ni à l'évaluation des soins requis établies par un outil comme PLAISIR par exemple. Par contre, la reconnaissance de ces prestations de santé mentale et leur introduction dans l'OPAS auraient pour conséquence de modifier la classification des niveaux de soins requis de certains résidents et de leur attribuer une classe supérieure.

3.2.3 Tendances pour le futur

Dans son livre « Santé 21 – la santé pour tous au 21^e siècle », l’OMS énonce comme 6^{ème} but : « Améliorer la santé mentale : d’ici 2020, il faudrait améliorer le bien-être psychosocial de toute la population et offrir des services complets et plus efficaces aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale »

« Ce but peut être atteint :

- Si l’on accorde davantage d’attention à la promotion et à la protection de la santé mentale tout au long de la vie, en particulier dans les groupes socialement et économiquement défavorisés ;
- Si les cadres de vie et de travail sont conçus pour aider les individus de tous âges à acquérir un sentiment de cohérence, à nouer et à entretenir des relations sociales et à faire face aux situations et événements stressants de la vie ;
- Si les professions sanitaires et para-sanitaires sont formées à la détection précoce des problèmes de santé mentale et à la mise en œuvre d’interventions appropriées ;
- Si les services destinés aux individus atteints de problèmes de santé mentale offrent des soins de qualité associant de façon appropriée des services extrahospitaliers et hospitaliers en accordant une attention particulière aux interventions d’urgence ainsi qu’aux groupes minoritaires et défavorisés ;
- Si l’on respecte les droits de l’homme et l’on améliore la qualité de vie des individus atteints de problèmes de santé mentale, en particulier de ceux qui souffrent de troubles chroniques.

Domaines proposés pour l’élaboration d’indicateurs :

- Taux de suicide
- Incidence et prévalence de troubles mentaux tels que la schizophrénie, la dépression grave, la psychose alcoolique, les séquelles mentales post-traumatiques
- Statistiques sur la disponibilité et l’utilisation des services de santé mentale »

Entre octobre 2000 et mars 2001, l’OMS a recueilli des informations auprès de ses 191 Etats membres, qui couvrent la quasi totalité de la population mondiale, dans le but de cartographier au mieux l’état psychique de la planète au début du 21^{ème} siècle. Cette enquête circonstanciée vient d’être publiée par l’OMS, laquelle a décrété 2001 « Année de la santé mentale » et a soutenu le 10 octobre 2001 la « Journée mondiale de la santé mentale ».

En Suisse, le premier pas a été effectué en mai 1999 en vue de la mise en place d’une politique nationale de la santé soutenue par la Confédération et les cantons. C’est un projet d’envergure, déjà pour établir un consensus de départ aux niveaux de la teneur, des objectifs et de l’utilité d’une politique nationale de la santé. Néanmoins, des travaux ont déjà commencé par des projets sectoriels : mise en place d’un observatoire de la santé, santé mentale, planification de l’offre et empowerment de la population.

En effet, en novembre 2000, l’Office fédéral de la santé publique a lancé ce projet sectoriel « santé mentale » avec comme objectif de développer un concept de santé nationale pour la promotion de la santé psychique de la population. Il est fait référence comme notion fondamentale à la définition de la santé par l’OMS, dans laquelle la santé mentale est citée, à côté des composantes physiques et sociales de la santé. Selon l’OMS toujours, la santé mentale est un état de bien être dans lequel l’individu peut se servir de ses possibilités et facultés afin d’arriver à bout de situations de stress « normales », de travailler de manière productive et satisfaisante et d’apporter une contribution à la communauté.

Le premier élément de ce projet sectoriel « santé mentale » est une étude préalable, menée par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, dans le but de faire ressortir les conditions concrètes contribuant au développement de la santé mentale et les mesures à prendre afin de promouvoir et fortifier la santé mentale au niveau de la population. Le résumé des premiers résultats mentionne :

- « La nécessité d'abandonner la stigmatisation et les tabous
- Une approche globale de la santé. Cette approche impliquerait une relativisation de l'exigence excessive de bonheur que l'on observe toujours plus souvent dans nos sociétés modernes. Parallèlement, il faudrait aussi réduire la pression sociale qui veut que l'on soit en permanence efficace et fonctionnel. Une contribution importante dans ce sens pourrait venir de l'économie, en adoptant une approche plus nuancée et en se démarquant d'une attitude unilatérale privilégiant l'efficacité immédiate. A l'inverse, il s'agirait de montrer davantage aux responsables de l'économie et aux employeurs que les employés qui ne sont pas soumis à une pression permanente sont plus motivés et fournissent de meilleures prestations à long terme.
- Le travail est une ressource importante pour la santé. Parmi les facteurs déterminants pour la santé psychique, pratiquement tous les experts ont cité le travail comme un facteur d'influence prédominant. L'environnement de travail peut constituer aussi bien une ressource importante qu'un facteur de risque pour la santé psychique»

Le rapport final de cette étude sera disponible à fin 2001.

En 1999, l'ASI a effectué une enquête sur la situation des soins infirmiers et des soignants en psychiatrie et son évolution dans les prochaines années. Il en ressort les tendances suivantes^a:

1. Les pathologies seront de plus en plus liées à l'évolution du contexte socio-politique
 - La situation économique des personnes, la pression économique ou l'épuisement (dû à une surcharge de travail, le chômage, la pauvreté, la vieillesse), les tensions culturelles, l'isolement social ou culturel, la marginalisation, la violence, etc.
 - L'évolution est aussi caractérisée par une augmentation de la complexité des situations, des pathologies « lourdes », de la psychothérapie, des dépendances, de la psychiatrie forensique et de la poly morbidité
 - Et il y a augmentation de demandeurs de soins venant de cultures diverses.
2. Le patient de demain prendra un rôle beaucoup plus actif dans ses soins
 - Une personne avec laquelle on peut travailler, qui demande à être prise au sérieux, à prendre une part active à son traitement
 - Mais aussi pouvant s'exprimer par la violence, l'agressivité, la non-coopération
 - Mieux informée, ou qui demande à être mieux informée sur la maladie, les offres de traitements, ses droits

a Enquête en psychiatrie. Rapport final. SBK – ASI Berne 2000

3. Le temps d'hospitalisation ou de prise en charge réduit va modifier les modes d'interventions
 - Offres courtes, de proximité, prise en charge des crises
 - Offres de conseils et d'aide à bas seuil
 - Les méthodes seront plus orientées sur les ressources existantes (groupe auto-soins) et

la prévention

4. Les structures vont se diversifier et se développer hors de l'hôpital

- Offre décentralisée, plus de services ambulatoires ou semi-stationnaires
- Offre de services spécialisés en fonction des besoins

Ce passage de la prise en charge hospitalière vers l'ambulatoire et la communauté ainsi que les relations différentes qui vont s'établir entre le « nouveau » patient, ses proches et l'équipe soignante représente le cœur de l'évolution à venir.

S'il est indispensable d'adapter la réponse aux besoins en terme de structures, il est tout aussi indispensable d'adapter le type de soins à apporter, donc rechercher à les définir au plus près de la réalité qui a évolué. Le danger de la non reconnaissance de ces prestations est qu'elles ne soient pas fournies alors qu'elles sont nécessaires.

Ce travail de description des prestations infirmières a commencé depuis longtemps dans d'autres pays et ces outils ont été repris relativement récemment en Suisse. Voir paragraphe 3.3 ci-dessous. C'est donc une démarche qui est en cours et qui va se poursuivre pour s'intensifier aussi dans le secteur psychiatrique et les soins de santé mentale.

3.3 OUTILS DE MESURE DE LA CHARGE INFIRMIERE

3.3.1 Description et implantation en Suisse

Ces quinze dernières années ont vu la naissance et le développement de nombreux outils de description et de mesures des soins infirmiers, ceci émanant de différents pays, couvrant différents domaines. En voici une liste dans le Tableau 1 avec un aperçu de leurs implantations en Suisse :

TABLEAU 1 : OUTILS DE MESURE DE LA CHARGE INFIRMIERE ET LEURS IMPLANTATIONS EN SUISSE

Outils	Description	Provenance	Implantation en Suisse
NIC	Nursing Interventions Classification Classification des interventions effectuées par des infirmières validées scientifiquement. Subdivisions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • 7 domaines • 30 classes • 486 interventions • 12'000 actions (actes, gestes, attitudes, comportements...) 	1ère édition 1992 Mosby, Inc. St Louis, Missouri USA	
PRN	Projet de Recherche en Nursing HOPITAUX Outil de mesure des charges en soins infirmiers requis par les patients hospitalisés. Contient une nomenclature de	1ère version complète 1980 révisée en 1987 et en 2000 EROS, Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé, Montréal, Québec, sous la direction du Professeur Tilquin	Dans les hôpitaux universitaires suisses romands + Berne Progressivement depuis 1994 et depuis 1999 dans

	toutes les actions de soins infirmiers avec une attribution d'un temps, qui représente la durée moyenne de l'action	Opérationnel au Québec, en France, au Luxembourg	des quelques hôpitaux neuchâtelois et valaisans
LEP	Leistung Erfassung in der Pflege Relevé des prestations de soins infirmiers HOPITAUX Instrument de mesure des soins donnés, avec attribution d'un temps, qui représente la durée moyenne de l'action.	LEP AG, St-Gall En voie d'implantation en Allemagne	Dans 80 hôpitaux en Suisse alémanique, dont 10 en psychiatrie. Cet outil a été traduit, pas encore opérationnel en Romandie mais en test.
PLAISIR	Planification Informatisée de Soins Infirmiers Requis EMS Evaluation continue <ul style="list-style-type: none"> des besoins et de l'intensité des soins requis par les personnes dépendantes vivant en milieu institutionnel, de la charge de travail pour y répondre et des dotations en ressources humaines 	EROS Implantation officielle au Québec en 1984 Implantation en Allemagne, au Luxembourg	Dans les EMS des cantons romands : VD, GE, NE, JU depuis 1996-1997
RAI	Resident Assessment Instrument EMS Système d'évaluation multidimensionnel et systématique de l'état fonctionnel des résidents d'un établissement d'hébergement et de soins de longue durée	Projet débutant en 1988, financé par la Health Care Financing Administration, HCFA, USA	Dans les EMS de Suisse alémanique Implanté progressivement depuis 1993
BESA	Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem Système de classification des résidents et de décompte financier EMS Instrument permettant de mettre en évidence une structure de coût spécifique aux EMS à partir d'une classification des résidents	Elaboré par le Heimverband Schweiz en 1996 En révision actuellement	Très largement implanté en Suisse alémanique + Berne francophone.
RAI – Home Care	Voir RAI ci-dessus Outil adapté au domaine SOINS A DOMICILE	Depuis 1996-1997 dans les pays anglophones Traduit en allemand puis en français	Essai pilote en cours dans de nombreux cantons. Evaluation en mars 2002
Outils	Description	Provenance	Implantation en Suisse
HHCC	Home Health Care Classification System SOINS A DOMICILE Méthode destinée à prévoir les besoins en ressources en soins infirmiers ainsi qu'en services de	Equipe de V.K.Saba, Georgetown University School of Nursing, USA, 1991 Implantation aux USA, en	

	soutien et à mesurer les résultats des soins	Hollande
CTMSP	Classification par Types en Milieu de Soins et services Protégés SOINS A DOMICILE Cet outil permet l'analyse du requis en terme de <ul style="list-style-type: none"> • soins infirmiers • services de soutien (ménage) • réadaptation (physio-ergo) • services sociaux 	EROS Implantation officielle au Québec en 1984

Chacun des ces outils intègre aujourd'hui des prestations de soins infirmiers psychiatriques et de santé mentale au sein des différentes classes de soins, elles ne sont pas regroupées en une catégorie de soins particulière.

Cependant, LEP par exemple, a quand même développé un module particulier pour la psychiatrie, pour détailler les prestations qui sont fournies en milieu hospitalier psychiatrique de manière systématique. Et PLAISIR travaille actuellement à compléter son outil afin qu'il contienne l'ensemble des prestations effectuées et reconnues dans le domaine de la santé mentale.

3.3.2 Liens entre les prestations relevées par ces outils et les prestations de l'art 7 OPAS.

Dans le cadre du projet CHORUS 1996-1997, qui fut le test de la méthode PLAISIR en Suisse romande, l'institut suisse de la santé publique (ISP) repris par l'institut de santé et d'économie (ISE) s'est livré, entre autres, au travail de juxtaposer toutes les prestations de soins PLAISIR avec leur numéro d'identification correspondant, en regard de chaque ligne de l'art 7 OPAS. Le résultat mettait en évidence 4 prestations de soins psychiatriques qui ne trouvaient pas de correspondance avec l'OPAS. Elles sont entrées dans la catégorie que les EMS ont appelée : prestations lettre d. « hors OPAS ».

L'outil PLAISIR a été utilisé comme tel jusqu'à aujourd'hui, mais il est admis que, concernant les soins psychiatriques et psycho-gériatrique, l'outil PLAISIR ne donne pas satisfaction. Un groupe de travail romand a fait des propositions très concrètes d'adaptation de la méthode, afin de la rendre adéquate, donc utilisable dans le cadre de structures d'accueil de patients de longs séjours psychiatriques et géro-psycho-geriatriques. Les échanges avec le concepteur de l'outil ont lieu actuellement.

Ces prestations de soins psychiatriques sont donc partiellement relevées au sein de cet outil, et pas l'entier de celles qui le sont, sont acceptées selon l'OPAS art 7. Donc, le jour où l'outil PLAISIR permettra de relever l'ensemble des prestations de santé mentale prodiguées, elles viendront pour un certain nombre s'ajouter à la liste des prestations lettre d. « hors OPAS ».

4. NOUVELLES PRESTATIONS DE SANTE MENTALE

4.1 ELABORATION DE CES NOUVELLES PRESTATIONS

4.1.1 Membres du groupe de travail

Comme indiqué sous le paragraphe 2.2 Projet, un groupe de travail de 12 personnes s'est constitué en novembre 2000. Membres de l'ASI (dont deux également membres de la Commission de l'ASI pour les soins en santé mentale et psychiatrie), ils représentent les 3 régions linguistiques et différents secteurs de soins : Infirmiers/infirmières indépendant(e)s exerçant dans le secteur des soins à domicile, certains spécifiquement en soins psychiatriques, des infirmiers/infirmières travaillant en milieu somatique, psychiatrique et géro-psycho-geriatrique, certain(e)s comme cadres, dont un directeur d'EMS, et un membre de la Commission Technique PLAISIR.

4.1.2 Critères de choix de ces nouvelles prestations et définitions

Dans une première étape, le groupe de travail a défini des critères auxquels devaient répondre ces nouvelles prestations. Ils sont nombreux mais indispensables, ils montrent clairement l'ancrage de cette réflexion et des propositions. On peut considérer que ces critères sont remplis par les autres prestations de cet art 7 et donc qu'ils permettent de garder une même logique.

TABEAU 2 : CRITERES POUR LE CHOIX DE PRESTATIONS DE SANTE MENTALE

1. CRITERES DECOULANT DE L'EXERCICE, DE LA PROMOTION DE LA PROFESSION

Les prestations retenues pour être introduites dans l'art. 7 OPAS :

1. relèvent de la profession infirmière (compétences, mandat, formation, **cinq fonctions définies par la Croix-Rouge Suisse**, etc.) ;
2. sont effectuées par des infirmières ou sous leur responsabilité (mandat médical, acte médical délégué, acte infirmier autonome, acte infirmier délégué) ;
3. sont effectuées pour un patient et son entourage ;
4. sont spécifiques aux **soins de santé mentale**

2. CRITERES TECHNIQUES ET METHODOLOGIQUES

Les prestations doivent :

1. décrire de manière globale et quantifiable plusieurs actions de soins infirmiers coordonnées ;
2. décrire l'intervention de manière à ce quelle soit reconnue et payée selon les tarifs des prestations « a » et « b » de l'art. 7 OPAS ;
3. être décrites dans les littératures professionnelles ;
4. être réalisées de manière fréquente, nécessiter beaucoup de ressources ou prendre beaucoup de temps ;
5. être complémentaires à celles qui sont déjà dans la liste de l'art. 7 OPAS ;
6. pouvoir s'inscrire dans le processus de soins infirmiers ;
7. être compatibles avec la classification suisse de référence des interventions infirmières de NURSING data.

3. CRITERES DECOULANT DE LA LAMAL

Les prestations retenues doivent être :

1. efficaces (l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques) ;
 2. appropriées (lien possible avec l'état du patient) ;
 3. économiques (le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement) ;
 4. de qualité (contrôles possibles) ;
 5. effectuées sur prescription médicale ou sur mandat médical.
-

Il est important de préciser quelles sont les **5 fonctions de la profession infirmière définies par la Croix-Rouge Suisse** :

1. Soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne.
2. Accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.
3. Aide aux mesures diagnostiques, thérapeutiques, préventives.
- 4a. Participation à des actions de prévention des maladies et des accidents, de maintien et de promotion de la santé.
- 4b. Participation à des actions de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale.
- 5a. Contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers ; au développement de la profession.
- 5b. Collaboration aux programmes de recherche réalisés dans le domaine de la santé publique.

Les **soins de santé mentale** sont définis par l'ASI comme étant : « les soins qui agissent en priorité sur les difficultés et les ressources psychiques de l'individu, compte tenu de sa manière d'être et d'agir et de son environnement ».

4.1.3 Sources de ces nouvelles prestations

Le groupe de travail a passé en revue les différents outils de mesures de la charge infirmière (voir paragraphe 3.3 ci-dessus) ; il a relevé les prestations utilisées en Suisse en santé mentale qui lui paraissaient remplir les critères qu'il avait fixés. Le Tableau 3 présente ces prestations de santé mentale existantes et déjà utilisées par les institutions qui disposent de ces différents outils.

TABLEAU 3 : LISTE DE PRESTATIONS DE SANTE MENTALE ISSUES D'OUTILS EXISTANTS

GROUPES D'ACTES	No	Origine
<u>1. Evaluation des besoins du patient et de son entourage et mise en place des interventions nécessaires</u>		
Entretien de planification des soins et du traitement	PE-11.06	LEP
Entretien prolongé de réseau social	PE-11.08	LEP
Evaluation du programme*	5075	PLAISIR

Investigation intensive complète*	5070	PLAISIR
Bilan fonctionnel*	5071	PLAISIR
Tests (y c. évaluation de l'état psychique : MMS, Hamilton, Beck, etc.)	5073	PLAISIR

2. Enseignement

Enseignement (bénéficiaire ou proches)**	5080	PLAISIR
--	------	---------

3. Relation thérapeutique

Communication individuelle de soutien (problèmes psychiatriques)***	5030	PLAISIR
Relation d'aide avec les proches**	5120	PLAISIR

3. Activités thérapeutiques

Groupe de discussion socio-thérapeutique, prolongé	PE-11.11	LEP
Exercices prolongés d'acquisition de compétences sociales (individuels)	PE-12.02	LEP
Activité thérapeutique individuelle	C3	PRN

4. Crise/surveillance/sécurité

Encadrement 1:1	PE-14.04	LEP
Surveillance	PE-14.05	LEP
Entretien en cas de crise (non planifié)	PE-11.09	LEP
Intervention en situation de crise (planifiée)	C19	PRN

* déjà reconnu par l'OPAS (a1)

** déjà reconnu par l'OPAS (a2)

*** déjà reconnu par l'OPAS (c2)

4.1.4 Méthode utilisée

Pour être validée, cette démarche d'élaboration de ces nouvelles prestations à été soumise à une enquête selon la méthode Delphi. Cette méthode est décrite par une assez abondante littérature et est reconnue pour être valable lorsqu'il y a recherche d'un consensus dans un domaine où il n'en existe encore pas un. Cette approche consiste à adresser un questionnaire à un plus ou moins large panel de gens informés et expérimentés (nommés des experts) dans un certain domaine pour connaître leur opinion et leur jugement sur le sujet traité. Après leur première réponse, les données sont synthétisées et un rapport avec un deuxième questionnaire est préparé en se basant seulement sur les résultats de la première consultation. A la lumière du résultat du premier tour, les experts sont appelés à reconsidérer leur appréciation et jugement initial en répondant à ce deuxième questionnaire. Cette opération sera répétée jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les avantages sont que les experts n'ont pas besoin de se déplacer, ils peuvent prendre plus ou moins de temps pour travailler le sujet et répondre aux questions, ils ont tous le même poids dans la consultation, et étant isolés au moment où ils donnent leur avis, ils ne peuvent pas être influencés par les autres experts.

Pour ce faire, chaque membre du groupe de travail a listé les personnes considérées comme

expert dans leur entourage professionnel, des personnes intéressées et motivées pour réfléchir sur le sujet. Vu les différents secteurs d'activités représentés par les 12 membres du groupe de travail, voir point 4.1.1. ci-dessus, les experts représentent eux aussi ces mêmes secteurs, voir Tableau 4.

1^{er} tour : 76 questionnaires envoyés, 44 questionnaires remplis reçus en retour.

2^{ème} tour : 80 questionnaires envoyés, 35 questionnaires remplis reçus en retour.

TABLEAU 4 : PANEL DES EXPERTS QUI ONT PARTICIPE A L'ENQUETE DELPHI (2EME TOUR).

Provenance Secteur d'activités	Suisse alémanique	Suisse Romande	Suisse italienne	Total
Soins généraux	5	0	1	6
Psychiatrie	14	6	3	23
Psycho-gériatrie	5	1	1	7
Autres domaines	7	1	2	10
Total	31	8	7	46

Autres domaines englobent : soins à domicile, unité de traitement des maladies de la dépendance, EMS. Le nombre total est supérieur à 35 car un expert peut être représentant de plusieurs secteurs d'activités.

4.1.5 Résultats et liste définitive des nouvelles prestations

Les critères eux-mêmes ont été soumis à l'appréciation des experts afin qu'ils se prononcent sur leur nécessité et leur adéquation et de leur laisser la possibilité d'en suggérer d'autres. Le résultat est que le critère 2.7 (voir Tableau 2) a été ajouté après le 1^{er} tour, et que tous les autres critères ont été acceptés et jugés comme indispensables à très utiles au minimum par 70% jusqu'à 100% des experts, à l'exception de deux critères :

- Le critère 2.4. être réalisées de manière fréquente, nécessiter beaucoup de ressources ou prendre beaucoup de temps ; a été jugé indispensable à très utile par 35% des experts et peu utile à inutile par 65% des experts.

Ceci pourrait être interprété comme un manque de considération de la réalité économique. Ce n'est pas le cas, cette appréciation doit être mise en regard du résultat obtenu par le critère 3.2 les prestations doivent être appropriées (lien possible avec l'état du patient) qui a été jugé indispensable à très utile par 100% des experts. En effet, l'occasion étant donnée aux professionnels infirmiers de s'exprimer sur la nécessité de clarifier les soins spécifiques de santé mentale, il est normal de constater que la première justification de cette démarche est l'adéquation, puisque jusqu'à aujourd'hui ces soins ne sont pas reconnus à leur juste importance. Les experts défendent ainsi la dimension relationnelle des soins, car ne devons-nous pas reconnaître qu'il y a un conflit éthique entre la prise en compte de la dimension relationnelle et la recherche d'efficacité et de performance exigée par l'économie ?

- Le critère 3.5. effectuées sur prescription médicale ou sur mandat médical a été jugé indispensable à très utile par 47% des experts et peu utile à inutile par 53% des experts.

Cette appréciation des professionnels infirmiers en rapport avec cette obligation légale est un tout autre débat, qui ne fait pas partie du sujet spécifique traité dans ce travail. Il soulève la question du rôle autonome de l'infirmière à côté de son rôle dépendant, c'est à dire soumis à la condition de la prescription ou du mandat médical.

Quant aux prestations, la liste du Tableau 3 a été soumise à l'appréciation des experts au 1^{er} tour Delphi, il en est ressorti qu'aucune des prestations proposées n'a été estimée inutile ou peu utile. Comme le groupe de travail ne voulait en garder que quelques-unes, il a procédé à des regroupements. Le 1^{er} tour Delphi a également mis en évidence que les prestations fournies en groupe n'étaient pas suffisamment prises en considération. Une prestation supplémentaire a été ajoutée à ce stade. De plus, lors du Congrès annuel 2001 de l'ASI, le groupe de travail a organisé un sondage qui a permis également d'apporter une validation supplémentaire de ces prestations.

Dès lors, la liste de prestations qui a été envoyée dans le 2^{ème} et dernier tour comprenait les prestations suivantes :

1. Entretien de planification et d'évaluation des soins en cours de traitement
2. Enseignement au patient et/ou à son entourage
3. Intervention thérapeutique individuelle
4. Activités thérapeutiques en groupe
5. Intervention en cas d'urgence
6. Entretien planifié en situation de crise

Le 2^{ème} tour a montré que chacune de ces 6 prestations était acceptée et jugée comme indispensable à très utile par minimum 86% des experts et peu utile à inutile par 14% des experts^a. Elles représentent par conséquent la proposition définitive du groupe de travail.

L'annexe 2 comprend le descriptif détaillé de ces prestations, en donnant la définition, les objectifs de soins, ainsi que les interventions infirmières regroupées sous le libellé général de chacune de ces prestations.

4.2 INTEGRATION DE CES NOUVELLES PRESTATIONS DANS L'ART 7 OPAS SELON LA PROPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Dans les conclusions de son rapport le groupe de travail prie le Comité central de l'ASI de mettre tout en œuvre pour que l'article 7 de l'OPAS soit modifié rapidement et fait les recommandations suivantes :

- Les prestations 1, 2 et 5 sont à introduire dans le module « a » « évaluations et conseils » de l'article 7 OPAS,
- Les autres prestations dans le module « b » « traitements ».
- La formulation de la prestation c2 est à revoir de manière à prendre en compte les temps supplémentaires nécessaires pour donner des soins de base à des personnes ayant besoin de guidance, de surveillance ou de réadaptation, effectués par du personnel non qualifié.

^a Cette question était formulée ainsi : Est-ce que la prestation doit figurer, peut figurer, n'est pas indispensable, ne doit pas figurer ?

Par conséquent, l'article 7 al.2 serait modifié comme suit :

Art. 7 Définition des soins

...

2 Les prestations au sens du 2ème alinéa sont :

a. **évaluation, conseils et enseignement** :

1. évaluation des besoins du patient et de son entourage et mise en place des interventions nécessaires en collaboration avec le médecin et le patient,
- 2. Entretien de planification et d'évaluation des soins en cours de traitement**
3. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier pour l'administration des médicaments ou l'emploi d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;
- 4. Enseignement au(x) patient(s) et/ou à son/leur entourage**
- 5. Intervention en cas d'urgence**

b. des examens et des soins:

1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
3. prélèvement pour examen de laboratoire,
4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
7. administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,
8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos;
- 13. Intervention thérapeutique individuelle**
- 14. Activités thérapeutiques en groupe**
- 15. Entretien planifié en situation de crise**

c. des soins de base:

1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,
- 2. soins de base à des patients ayant besoin de guidance, surveillance et réadaptation. (version non définitive – encore sujet à réflexion)**

4.3 COMMENTAIRES, ALTERNATIVES ET RECOMMANDATIONS

Jusqu'à ce stade de la présentation de ce mémoire, la matière a été décrite de manière à transmettre au lecteur les éléments nécessaires à la compréhension de la situation et du contexte. La suite de ce mémoire va désormais être plus critique et contenir des propositions, des suggestions, des pistes de réflexion.

Pour me permettre de le faire, j'ai effectué une vingtaine d'entretiens semi-structurés de

personnes qui, sans aucun doute, peuvent être considérées comme expert au sens employé dans la méthode Delphi. Ces personnes appartiennent à l'une des trois catégories de prestataires définies par l'article 7 de l'OPAS et représentent le plus large éventail de secteurs de soins concernés par un changement de cet article 7, comme par exemple les secteurs de soins palliatifs et pédiatriques à domicile.

Voici donc des commentaires explicatifs et critiques sur chacune de ces nouvelles prestations, avec la présentation d'une alternative ou d'une recommandation :

1. **Entretien de planification et d'évaluation des soins en cours de traitement**

proposée pour s'intercaler après la prestation lettre a., chiffre 1 existante, soit devenir la prestation lettre a., chiffre 2. Les différents prestataires ont rencontré des problèmes avec les caisses-maladie qui ne veulent rembourser la prestation lettre a., chiffre 1 qu'une seule fois, au début d'un épisode de soins. La description ne donne pourtant aucune indication de fréquence, c'est donc une interprétation en leur faveur que les caisses-maladie ont imposée. Il y a eu et a encore beaucoup de réactions pour contrer cette prise de position des caisses-maladie, et si des Fédérations cantonales de caisses-maladie étaient prêtes à cesser d'interpréter cette prestation ainsi, c'est le Concordat des assureurs-maladie suisses, aujourd'hui Santésuisse, qui est intervenu pour limiter la facturation de cette prestation à une seule fois par trimestre, donc à chaque renouvellement de la prescription médicale.

La prestation 1. proposée correspond à la pratique d'aujourd'hui dans toute prise en charge ; c'est absolument nécessaire et important que cette prestation soit fournie régulièrement. De plus, elle sera indispensable lorsque des accords sur l'assurance de qualité des soins auront été convenus entre les caisses-maladie et les prestataires concernés. Car comment prouver que les soins sont de qualité s'ils ne sont pas évalués régulièrement, et que l'opportunité n'est pas donnée au patient de s'exprimer sur le processus de soins mis en place pour lui.

Proposer cette prestation sous chiffre 2 (voir détail dans le descriptif de l'annexe 2) permet de préserver les acquis de la prestation une. La question est de savoir si l'ensemble des prestataires est aujourd'hui satisfait avec la fréquence acceptée par les caisses-maladie.

Alternative : Dans le cas où les prestataires ne seraient pas satisfaits par la fréquence imposée par les caisses-maladie, cette prestation pourrait aussi être ajoutée au texte de la lettre a., chiffre 1. en supprimant « en cours de traitement », de manière à éviter qu'une prestation ait une indication de temps et pas l'autre. Que ce soit spécifié en cours de traitement ou non, les caisses-maladie voudront de toute manière imposer une fréquence, mais il n'en demeure pas moins qu'implicitement une évaluation des soins ne peut se faire qu'au fur et à mesure que les soins sont prodigués. Ainsi, l'entier des éléments de la lettre a., chiffre 1. pourrait être négocié entre prestataires et caisses-maladie, en terme d'adéquation de fréquence et de mesure de la qualité.

Lettre a. chiffre 1. évaluation des besoins du patient et de son entourage et mise en place des interventions nécessaires en collaboration avec le médecin et le patient ; **entretien de planification et d'évaluation des soins.**

2. **Enseignement au(x) patient(s) et/ou à son/leur entourage**

proposée pour s'intercaler après la prestation lettre a., chiffre 2 existante, soit devenir la prestation lettre a., chiffre 4. Si a priori conseils et enseignement semblent exprimer la même prestation, il y a lieu de préciser ces deux termes :

Conseil : l'infirmière exprime au patient ou aux non professionnels ce qu'ils doivent faire ou comment se comporter en rapport avec la situation présente.

Enseignement : l'infirmière transmet des connaissances, des compétences et des comportements en lien avec la santé et la maladie, l'infirmière doit s'assurer que le patient ou ses proches les

acquièrent, donc prestation assimilée au processus d'apprentissage.

Cette double notion est déjà employée à l'art 9c al. 2. de l'OPAS concernant la prise en charge des diabétiques : « Les conseils aux diabétiques comprennent les conseils et les instructions (en allemand le mot utilisé est Schulung dont la traduction serait enseignement) sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie ». La distinction entre conseil et instructions/ Schulung est donc faite et reconnue comme étant pertinente dans le cas du diabète, mais elle l'est également pour beaucoup d'autres maladies pour lesquelles le patient a besoin d'être enseigné sur tous les aspects nécessaires au traitement de sa maladie et d'ainsi éviter les complications, les rechutes ou dans le cas des maladies mentales, les décompensations par exemple.

Dans le cadre du développement du Managed Care, le concept de Disease Management part de l'idée de bien connaître une maladie en identifiant aussi les facteurs sociaux et comportementaux. Ensuite, l'un des objectifs principaux est d'enseigner le patient en lui donnant le plus possible d'informations et d'indications qui lui permettent de contribuer lui-même à l'amélioration de son état de santé ou d'éviter les crises. En d'autres termes, c'est augmenter la « compliance » du patient. La littérature met en évidence des résultats significatifs en terme d'évolution positive des cas et de baisse de coûts. Cette action d'enseignement est donc déjà largement répandue et reconnue pour ses bénéfices en terme de santé et de contenance de coûts.

Alternative : cette prestation pourrait aussi être ajoutée au texte de la lettre a., chiffre 2 actuel et ainsi devenir :

2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier pour l'administration des médicaments ou l'emploi d'appareils médicaux; **enseignement au patient et/ou à son entourage**; contrôles nécessaires;

Cette formulation aurait l'avantage de ne pas tendre la perche aux caisses-maladie en facilitant par une nouvelle prestation distincte sous un chiffre spécifique la pose de conditions, telles que formation, limitation du nombre, de la durée, etc... Cette remarque a été faite par plusieurs personnes consultées lors de mes entretiens, qui étaient contre l'introduction d'une nouvelle prestation, mais au contraire favorables à ce que l'enseignement soit ajouté à la lettre a., chiffre 2. actuel.

Titre de la lettre a.

Avant de poursuivre les commentaires sur les prestations 3 et suivantes, il y a lieu de s'arrêter sur le titre de la lettre a. qui est actuellement « instructions et conseils », et en allemand, « Abklärung und Beratung », dont la traduction serait « évaluation et conseils ». Le terme évaluation est le terme employé dans la prestation chiffre 1. et Abklärung le terme en allemand employé pour le titre et la prestation. Par conséquent, il est logique de proposer que le titre en français soit modifié et d'ainsi remplacer instruction par évaluation.

De plus, il y a lieu d'ajouter dans le titre le mot « enseignement » en français et Schulung en allemand du fait de l'introduction de cette prestation sous la lettre a. Ainsi, le titre en français deviendrait : « évaluation, conseils et enseignement » et en allemand « Abklärung, Beratung und Schulung ».

3. Intervention en cas d'urgence

proposée pour s'ajouter après la prestation lettre a., chiffre 2 existante, soit devenir la prestation lettre a., chiffre 5. Vu que cette description contient le mot intervention, on pourrait considérer que sa place serait plutôt sous la lettre b. tout comme les prestations 4.,5., et 6. que nous discuterons plus en avant. Cependant, la principale compétence utilisée pour intervenir en cas d'urgence est la capacité d'évaluer la situation, l'objectif étant de préserver l'intégrité bio-psycho-sociale du patient et de son entourage. Cette intervention est donc une prestation intellectuelle.

Remarquons que ce libellé est très général et peut, par conséquent, concerner tout type

d'intervention d'urgence.

4. Intervention thérapeutique individuelle

proposée pour s'ajouter après les prestations de la lettre b., chiffre 1-12 existantes, soit devenir la prestation lettre b., chiffre 13.

Ce libellé n'est-il pas trop général ? Ne peut-on pas dire que sous cette description peuvent être englobés beaucoup d'actes infirmiers ? En exerçant la profession, on peut certainement comprendre en quoi consiste cette prestation, à savoir une prestation de soins relationnels et donc pas un acte technique, mais cela ne va pas de soi.

Le groupe de travail tenant compte de cette remarque, proposerait de remplacer le mot intervention par entretien.

Alternative : Préciser en utilisant le mot entretien, qui clairement désigne un soin relationnel, au lieu du mot plus général d'intervention. C'est à dire : **Entretien thérapeutique individuel.**

Personnellement, je défendrais une autre proposition que je présente même comme une recommandation. Comme ces soins de santé mentale ne sont pas faciles à se représenter, qu'ils ne sont pas reconnus car ils ne sont pas décrits, (voir argumentation au point 5.1), il serait important, voire indispensable d'en donner une liste. La formulation « tels que : ... » est utilisée dans l'OPAS et serait adéquate pour atteindre le but recherché, qui est la reconnaissance de ces soins. Dans l'article 7, lettre c. chiffre 1, les soins de base sont décrits de cette manière alors que l'on pourrait trouver cela superflu car relativement évident. Dans le cas des interventions de soins de santé mentale, il y a lieu de les décrire car personne ne peut les considérer comme évidentes.

Ma proposition est de reprendre les éléments donnés dans le descriptif détaillé des interventions, voir annexe 2. Cette liste devrait encore être revue de manière à ce qu'elle soit la plus représentative de cette nature de soins, tout en restant aussi brève que possible. Il est important également d'éviter les formulations qui ne décrivent pas précisément un soin, comme par exemple : « travailler la réhabilitation sociale » (avant dernier élément de la liste ci-dessous) qui serait facilement contestable par les caisses-maladie.

Recommandation : cette formulation doit être complétée en utilisant, « tels que :... » : Soit : **13. Intervention thérapeutique individuelle, telle que : Créer une relation thérapeutique par des entretiens ou des activités ; entretenir une relation d'aide ; favoriser l'expression émotionnelle ; pratiquer une écoute active ; diminuer les risques de détérioration psychologique ; prévenir et diminuer les comportements agressifs ; travailler sur un deuil ou sur l'acceptation de situations nouvelles ; augmenter la capacité d'autocritique ; stimuler les facultés sensorielles, cognitives et motrices ; travailler les habiletés cognitives ; travailler l'intégration à l'environnement ; travailler la réhabilitation sociale ; maintenir, stimuler et rééduquer l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;**

5. Activités thérapeutiques en groupe

proposée pour s'ajouter après la prestation de la lettre b., chiffre 13 ci-dessus et devenir la prestation lettre b., chiffre 14.

La formulation de cette prestation peut être considérée comme suffisante, je proposerais néanmoins l'alternative suivante :

Alternative : la compléter en utilisant, « tels que :... » : en reprenant des éléments donnés dans le descriptif détaillé des interventions, voir annexe 2. Soit :

14. Activités thérapeutiques en groupe, telles que : Préparer, réunir et conduire des groupes thérapeutiques (patients, familles, groupes liés à des pathologies, groupes de discussion en cas crise, etc.) ;

6. Entretien planifié en situation de crise

proposée pour s'ajouter après la prestation de la lettre b., chiffre 14 ci-dessus et devenir la prestation lettre b., chiffre 15.

Cette prestation est suffisamment précisée formulée ainsi, à condition que la recommandation émise en rapport avec la prestation 4. Intervention thérapeutique individuelle soit suivie.

Lettre c., chiffre 2 proposition : **soins de base à des patients ayant besoin de guidance, surveillance et réadaptation.**^a

Pour les raisons évoquées plus en avant sous le point d'argumentation 5.1., il n'y a pas de sens de mentionner les soins de base somatiques sous un chiffre 1. et de mentionner des soins de base d'une autre nature sous un chiffre 2 et ceci à nouveau sans les définir. Selon les nombreux échanges que j'ai eus à ce sujet, dès le moment où les soins psychiques ou de nature relationnelle sont spécifiés par des prestations et reconnus comme des soins infirmiers spécifiques (sous les lettres a. et b.), les soins de base sont de même nature qu'ils soient donnés pour des patients souffrant d'une dépendance physique ou d'un trouble psychique, donc ayant besoin de guidance, de surveillance et de réadaptation. On peut dire d'une certaine façon que ce sont les mêmes soins, mais la soignante a constamment une préoccupation supplémentaire : celle de rendre le patient participant, et donc de faire avec le patient ou de faire faire au patient. Et ne manquons pas de relever que « de faire avec » ou « de faire faire » demande plus de temps.

Recommandation : que le chiffre 2 tombe et que la lettre c. soit formulée ainsi :

Soins de base pour les patients dépendants **et/ou ayant besoin d'encadrement, de surveillance et réadaptation**, tels que : bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,

Alternative : Le mot encadrement est une alternative au mot guidance, qui semblerait être mieux compris par les assurances et plus adéquat pour justifier une prise en charge.

Proposition : Des responsables d'EMS demandent que soit ajouté à cette liste : **prévenir les chutes**, qui demande de la surveillance et de l'encadrement. La liste n'étant pas exhaustive, il n'est pas nécessaire d'ajouter cet élément pour qu'il puisse être couvert, cependant cela a été mentionné à cause de l'incidence importante en terme de surveillance et d'encadrement, la raison est la conséquence du changement de pratique qui consiste à ne plus attacher les patients.

a La question de l'allocation pour impotent n'a pas été examinée, bien qu'il ne soit pas exclu qu'il y ait des recouvrements entre les buts de cette allocation et les cas concrets donnés par le TFA.

5. ARGUMENTATIONS

5.1 DESEQUILIBRE INITIAL DE L'ART 7 OPAS DU A LA NON DEFINITION DE PRESTATIONS SPECIFIQUES DE SOINS PSYCHIATRIQUES ET DE SANTE MENTALE

Le moins que l'on puisse dire est que l'article 7, al.2, lettre c. chiffre 2. manque de clarté et sème la confusion et qu'à cause de cela les interprétations sont diverses.

A l'élaboration initiale de cet article et après consultations, il a été décidé de mentionner une catégorie de malades dans le but de pouvoir indemniser les prestataires qui prodiguaient des soins favorisant le maintien à domicile de ce type de patients ; la nature spécifique de ces soins pour des malades psychiques et psycho-gériatriques n'a fait l'objet d'aucune réflexion approfondie. L'ASI ^a avait pourtant, en réponse à la consultation, listé des actes infirmiers effectués sur ordre médical, dans le cadre de traitements psychiatriques visant le maintien à domicile, en mentionnant que sans cette collaboration infirmière, le patient devait être hospitalisé.

De plus, cette catégorie de malades a été mentionnée en liaison avec des soins de base considérant qu'ils pouvaient être assumés par des aides-soignantes.

L'OFAS a eu l'occasion de préciser son interprétation de cette lettre c. chiffre 2. dans ses observations du 8 mars 2000 ^b, en indiquant que « la liste des soins de base selon l'art.7, al.2, lettre c, chiffre 1. s'applique également dans le cas des maladies psychiatriques ou psycho-gériatriques et que la notion de soins de base introduite pour ce type de maladie visait à tenir compte du fait que les soins de base consacrés aux patients affectés de maladies psychiatriques et psycho-gériatriques nécessitent en règle générale plus de temps ». Donc, selon cette interprétation, la nature de ces soins est assimilée à l'énumération faite sous la lettre c. chiffre 1.

Le Conseil fédéral ^a, lui aussi, eu l'occasion de préciser son interprétation de cette lettre c. chiffre 2. ^c en indiquant que « la notion de soins de base relatifs aux maladies psychiatriques et psycho-gériatriques recouvre effectivement celle des soins de base généraux, avec une composante supplémentaire en terme de temps de soins. Toutefois, le Conseil fédéral considère que la portée de l'article 7, al.2, lettre c. chiffre 2. est plus étendue, car refuser de l'admettre empêcherait toute prise en compte de prestations de nature psychiatrique ou psycho-gériatrique dispensées dans les EMS. En effet, le catalogue des prestations de l'article 7, al.2, lettre b chiffres 1 à 12 et lettre c. chiffre 1. comprend exclusivement des prestations d'ordre somatique. Or, on ne saurait raisonnablement admettre que les soins à dispenser aux patients affectés de maladies psychiatriques et psycho-gériatriques peuvent se résumer uniquement à des soins de nature somatique, à la seule différence que ces soins demanderaient plus de temps que pour les patients atteints exclusivement dans leur santé physique. Il est évident que l'état de santé mentale des patients concernés requiert des soins appropriés dispensés dans le cadre d'un séjour de longue durée, soins qui ne peuvent entrer dans le catalogue des prestations de soins de l'art. 7, al.2, que par la lettre c. chiffre 2. ».

a Lettre de l'ASI section Neuchâtel – Jura du 14 mai 1995 au service cantonal de la santé publique. Arguments repris par ce service dans une lettre du 31 mai 1995 adressé au DFI à Berne.

b Ces observations ont été reprises dans la réponse du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 au recours du Conseil d'Etat du canton de Vaud en matière de tarifs des prestations de soins fournies par les EMS

c Même source que b ci-dessus

Cette dernière interprétation est convaincante et met justement en évidence une lacune qui a permis cette mauvaise formulation initiale, c'est-à-dire que la nature de ces soins psychiatriques a manqué d'être « substantiée ». Et j'ajouterais que ceci est le cœur du problème et qu'il demeure encore aujourd'hui, car la délimitation de ces soins fait l'objet de multiples interprétations. Voir point 5.7 concernant les litiges existants.

Je le répète, le fait que la nature même de ces soins soit abstraite, difficilement descriptible, donc difficilement communicable et compréhensible par tout un chacun, contrairement à ce que peut l'être un acte technique, a eu pour conséquence que ces soins ont été réduits à une ou des notions implicites plutôt qu'à des prestations spécifiques.

Ces notions ne sont pas fausses mais incomplètes, et ont ainsi permis de « cataloguer » toute prestation de soins psychiatriques et psycho-gériatriques en soins de base. Alors qu'il va sans dire qu'une infirmière intervenant auprès d'un patient souffrant d'un trouble psychique va accomplir des prestations de soins spécifiques qui ne peuvent être considérées comme des soins de base, car ne pouvant être délégués à une aide-soignante. Ces soins spécifiques relèvent de techniques spécifiques pour lesquelles l'infirmière a été formée en conséquence.

Ceci prouve la nécessité de définir ces prestations de soins psychiatriques ou plus largement de santé mentale et de les inclure au même titre que d'autres prestations somatiques dans la liste de l'art 7, al.2 lettre a. et b.

Ceci amène l'argument de l'égalité de traitement.

5.2 SUPPRIMER UNE INEGALITE DE TRAITEMENT

Comme déjà mentionné, un but poursuivi par la LAMal vise à garantir à tous un même accès aux soins. Pour cela, il y a nécessairement une recherche d'égalité de traitement, et le moyen choisi a été celui du « catalogue » des prestations afin de délimiter le plus précisément possible les prestations couvertes dans le cadre de l'assurance-maladie sociale.

Dans ce domaine-là, le but n'est pas atteint, car il y a, comme montré dans le point 5.1. ci-dessus, des prestations infirmières spécifiques de soins psychiques qui ne sont pas listées dans l'art. 7 OPAS, tandis que les prestations infirmières de soins somatiques le sont. La conséquence peut être que le patient souffrant d'une pathologie psychiatrique ne soit pas traité, la prestation n'étant pas incluse dans le « catalogue ».

Le droit du patient de recevoir des soins qualifiés est reconnu et doit l'être pour toutes catégories de soins car, sans cela, il y a inégalité de traitement entre un patient souffrant d'une pathologie plutôt que d'une autre.

5.3 RESPECTER LA CONDITION DE PRESTATION APPROPRIEE

La LAMal impose que les prestations soient appropriées, voir l'article 32 LAMal. Pour que cela puisse être le cas, il est nécessaire que les prestations de santé mentale dispensées soient connues, reconnues et inscrites dans cet article 7 au même titre que les autres soins.

Rappelons dans les conclusions de l'enquête Delphi le critère : « les prestations doivent être appropriées » qui a été jugé indispensable à très utile par 100% des experts, mettant ainsi en évidence la raison majeure de cette démarche.

5.4 SUPPRIMER UNE INEGALITE D'APPROVISIONNEMENT EN SOINS

En inscrivant les soins extrahospitaliers dans le catalogue des prestations de la LAMal, l'intention du législateur était de mettre sur pied d'égalité l'approvisionnement en soins stationnaires et ambulatoires. Les soins infirmiers dispensés dans le secteur hospitalier psychiatrique sont reconnus comme étant spécifiques et complexes, vu la dotation élevée d'infirmières diplômées par rapport aux aides-soignantes. Ce n'est pas respecter cette égalité d'approvisionnement que de considérer ces soins comme soins de base, dès le moment où ils sont dispensés à domicile ou dans un EMS.

5.5 TENIR COMPTE DE L'EVOLUTION DES STRUCTURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES POUR CLARIFIER LES PRESTATIONS DE SOINS

Durant ces dernières années, on a enregistré une baisse de durée d'hospitalisation en général, mais aussi dans les hôpitaux psychiatriques. Cette tendance se poursuivra peut-être encore légèrement dans ce secteur puis les durées de séjour se stabiliseront. Par contre, les besoins en traitements psychiatriques ne sont pas en train de stagner mais de croître. Ce n'est pas sans raison que des études ont été faites dans certains cantons pour expliquer cette croissance de besoins de prise en charge psychiatrique. Les explications se recoupent et mettent en évidence l'influence déterminante du contexte socio-économique. Rappelons également le sous-projet qui a débuté dans le cadre du projet de politique nationale de santé en rapport avec la santé mentale, qui montre la prise de conscience de cette problématique.

Les réponses à ces besoins accrus se font déjà par des nouveaux modes de prise en charge, c'est à dire par des structures décentralisées, des services semi-stationnaires, ambulatoires et à domicile et des services spécialisés en fonction des besoins. Ces prises en charge hors hôpital vont aller en augmentant.

S'il est indispensable d'adapter la réponse aux besoins en terme de structures, il est tout aussi indispensable d'adapter la nature des soins à apporter en recherchant à les définir au plus près de la réalité qui a évolué et d'en assurer le financement. Il faut effectivement que les professionnels ou les institutions désignées pour le faire puissent le faire, c'est-à-dire qu'ils soient dûment rémunérés.

5.6 MEME BASE LEGALE POUR TOUS LES PRESTATAIRES DISPENSANT DES SOINS A DOMICILE, AMBULATOIREMENT ET / OU DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL.

Comme mentionné ci-dessus sous le point 3.2.2., dans le cas des services ambulatoires développés par les institutions psychiatriques publiques, la base légale n'est pas l'art. 7 de l'OPAS pour les soins infirmiers mais des conventions cantonales qui sont chacune différentes aussi bien quant aux positions négociées que dans les tarifs au quart d'heure.

J'insiste en affirmant que si les caisses-maladie avaient exigé que, dans ce secteur psychiatrique public, les prestations infirmières soient décrites et facturées sur la base des prestations de l'art. 7 de l'OPAS, ce dernier aurait déjà été modifié pour en corriger les lacunes afin que les prestations fournies puissent être indemnisables.

Concernant les organismes de soins à domicile, le manque de transparence ne pose pas de

problème du fait de la tarification par groupe de prestations selon les lettres a., b. ou c. de l'art. 7 OPAS convenue par les conventions cantonales. Cependant, cette situation ne devrait pas durer au vu du projet d'une convention nationale pour les soins à domicile, laquelle pourrait être basée sur une tarification à l'acte. Ceci aurait l'avantage de mettre sur pied d'égalité les organisations de soins à domicile et les infirmières indépendantes qui elles doivent déjà facturer à l'acte en donnant le détail des prestations fournies. La réalisation de cette convention mettra rapidement en évidence la nécessité de prestations de santé mentale à inscrire dans l'article 7 de l'OPAS.

5.7 SOLUTION POUR LES LITIGES EXISTANTS

Comme déjà mentionné, le but poursuivi par ce contenu du « catalogue » des prestations est de délimiter le plus précisément possible le champ d'accès aux soins dans le cadre de l'assurance-maladie sociale.

Les litiges existants mettent en évidence que ce but n'est pas atteint par l'article 7 de l'OPAS. Il y a actuellement quatre cas pendants devant les tribunaux arbitraux des cantons de Neuchâtel, Thurgovie et Argovie. Ces cas ont été portés par deux caisses-maladie différentes qui refusent la facturation établie par des infirmières indépendantes, dans le cas de prise en charge à domicile de patients souffrant d'un trouble psychique, donc ayant besoin de soins infirmiers appropriés.

La commission paritaire de confiance prévue dans la convention existante entre l'ASI et le CAMS, a considéré ces quatre cas, et s'est positionnée en faveur des infirmières indépendantes dans deux cas et pour les deux autres il y avait égalité des voix.

Pour illustrer, la problématique à laquelle conduit la lacune de l'art 7 de l'OPAS, deux cas doivent être présentés succinctement :

Cas A : l'assurance qualifie les prestations fournies par l'infirmière à une patiente souffrant d'un trouble psychique (déficit chronique de confiance en soi la rendant incapable de gérer son quotidien et causant une variété de maux psychosomatiques) d'accompagnement psychiatrique-psychothérapeutique relevant de la compétence d'un psychiatre ou psychothérapeute. La caisse-maladie reconnaît la nécessité de ce traitement, mais celui-ci ne figurant pas parmi les prestations dont le remboursement est prévu par l'art 7 de l'OPAS, donc elle renvoie les factures.

Cas B : sur ordonnance médicale, l'infirmière prodigue à une patiente souffrant d'un trouble psychique (idées délirantes associées à un état dépressif) du soutien, de l'accompagnement et conseils et pour cela facture selon la lettre a. chiffre 2. OPAS, correspondant à la rubrique a2) prévu par la convention ASI-CAMS. Dans ce cas, l'assurance considère que l'infirmière offre un « soutien psychiatrique », donc un soin de base à facturer selon la lettre c., chiffre 2.

A l'examen de ces deux cas, on peut considérer que la nature des soins prodigués sont les mêmes mais qu'ils sont pris en compte par ces deux caisses-maladie de façon extrême. Dans le cas A, les soins doivent être donnés par une personne plus compétente et dans le cas B, ce sont des soins de base pouvant être donnés par une personne moins formée.

Cela conduit donc à deux interprétations arbitraires de la part des caisses ceci à cause du manque de connaissance et reconnaissance du rôle infirmier auprès de patient souffrant de troubles psychiques, donc, le manque de définition des prestations de soins de santé mentale que les infirmières sont habilitées à donner étant précisément formées pour les dispenser.

5.8 SOLUTION POUR D'AUTRES SECTEURS DE SOINS LESES PAR CETTE DISPOSITION INCOMPLETE

Les prestations proposées pour être introduites dans l'art 7 OPAS sont libellées de manière globale, comme déjà mentionné plusieurs fois, dans le but de prendre en compte non seulement les soins psychiatriques mais les soins de santé mentale en général. La différence est que les premiers sont dispensés à un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique et les seconds à des personnes qui rencontrent le plus souvent, à cause de leur situation de maladie somatique, des difficultés liées à leurs ressources physiques et psychiques amoindries, compte tenu également de leur environnement social, culturel et de leur histoire personnelle.

Ces secteurs sont principalement les soins palliatifs et les soins pédiatriques spécialisés, de même que le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, dégénératives ou qui ont subi une lourde intervention qui change leur situation de vie.

Comme nous sommes dans le contexte des soins donnés ambulatoirement, à domicile ou en EMS, l'article 7 est applicable et ces services sont confrontés à la même problématique que pour les soins psychiatriques.

Concernant les soins palliatifs, il y a aujourd'hui une quinzaine d'unités de soins palliatifs et une active Société de médecine et de soins palliatifs, mais il y a encore des personnes atteintes de maladie incurable qui n'ont pas accès à des unités spécialisées en soins palliatifs dans près de la moitié des cantons. L'offre et le financement à domicile sont encore très lacunaires, alors que de plus en plus de malades expriment le souhait de mourir à la maison.^a

Des entretiens que j'ai eus avec des personnes représentant ce domaine, se dégagent un grand intérêt pour ce changement et elles ne manquent pas d'exprimer leur plein accord pour cette clarification absolument nécessaire et justifiée. Elles montrent d'ailleurs une motivation à participer à cette démarche.

Concernant les soins pédiatriques spécialisés, ces services sont organisés en Suisse romande par le biais d'une association privée, qui est aujourd'hui reconnue par les cantons du Jura et de Fribourg et qui fait les démarches pour être reconnue par les autres cantons. Par son rapport d'activités 2000, l'Association romande de soins pédiatriques spécialisés à domicile (SPàD) fait état de ces prestations infirmières à domicile qui entrent parfaitement dans l'article 7 de l'OPAS, puisqu'il n'y pas de contestations sur le fait que c'est une alternative à l'hospitalisation. Par contre, là à nouveau, si les soins somatiques sont facturables en reprenant les positions de la lettre b. les soins de soutien et le temps passé avec l'enfant pour faire face à ses peurs, à ses questions, pour qu'il accepte un traitement, pour qu'il puisse y adhérer ne se trouvent absolument pas reconnus. Le maximum est facturé, d'ailleurs la même chose que pour les infirmières indépendantes, sous la lettre a. chiffres 1. et 2. La lettre c. n'est pas utilisée car il n'y pas d'aides-soignant au sein de ce service spécialisé.

Les mêmes remarques pourraient être faites pour les suivis post-hospitaliers, suite à un traumatisme, accident ou intervention chirurgicale entraînant une situation nouvelle à accepter. Les soins somatiques se font, mais pour l'infirmière il y a aussi lieu de tenir compte de la dimension psychologique de l'être qu'elle soigne.

a Revue Soins Infirmiers 3/2001, article « Demain, des soins palliatifs pour tous » SSMSP

b La question de l'incidence sur le financement des prestations à domicile que pourrait avoir l'introduction d'une allocation d'assistance pour les enfants et les jeunes souffrant de maladies somatiques mais également de troubles psychiques dans le cadre de la révision de l'Assurance invalidité n'est pas examinée

5.9 ARGUMENT GENERAL CONCERNANT L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

L'introduction de la prestation 1. concernant l'évaluation des soins, voir point 4.3., apporterait une réponse à une nécessité qui se fera évidente dans un futur proche, c'est à dire lors de l'établissement d'un concept de qualité imposé par la OAMal à l'art. 77 al. 1.

Naturellement, ceci ne concerne donc pas uniquement les prestations de santé mentale mais l'ensemble des prestations de soins infirmiers.

5.10 ARGUMENT ÉCONOMIQUE

Un argument qui serait tellement agréable à présenter serait celui qui permettrait d'affirmer qu'avec ce changement les coûts de la santé baisseraient ou seraient contenus. Il est évident que ce n'est pas le cas. Est-ce alors un risque d'échec pour cette démarche ? Oui, à en croire les dires des représentants de l'OFAS, la barrière érigée à l'heure actuelle est manifeste contre l'introduction de toute nouvelle prestation qui ne permet pas de participer à la réduction des coûts de la santé.

Bien que l'on doive admettre la réalité économique d'aujourd'hui en rapport avec l'immense problématique de la croissance des coûts de la santé et du report sur les primes d'assurance maladie, le refus de l'OFAS ne pourra pas se baser uniquement sur cet effet économique. Cet office devra tenir compte des arguments qui vont dans le sens de l'intérêt général, de celui du patient mais finalement de n'importe quelle personne qui aura un jour recours à des soins à domicile ou en EMS.

Il est vrai que des possibilités non négligeables d'économie dans certains domaines peuvent être présentées dans l'argumentation :

L'exemple est donné par une structure à La Chaux-de-Fonds, composée d'infirmiers et infirmières spécialisés en psychiatrie.^a Ils interviennent à domicile lors de situations d'urgence ou de crise et attestent, dans leur rapport d'activités, de nombreuses hospitalisations qui ont pu être évitées. Ils agissent à la demande de médecins et d'hôpitaux psychiatriques pour intervenir également pour le suivi à la sortie de l'hôpital. En effet, avec la certitude d'un suivi de qualité, la sortie de l'hôpital peut être envisagée plus rapidement. Dans ce contexte, je me permets de mentionner mon expérience professionnelle pour attester que parfois les hospitalisations se prolongent à la demande du patient, car il n'envisage pas de se retrouver à son domicile. Ne voulant pas mettre en péril les bienfaits du séjour, le médecin traitant prolonge le séjour sans que des objectifs supplémentaires de traitement puissent être atteints. Les services offerts par les organismes de soins à domicile n'étant pas assez spécifiques pour envisager de leur confier ce type de patient.

Cela revient à dire d'une manière générale, qu'avec l'introduction de ces prestations, il y aurait transfert de prestations chères vers des prestations meilleur marché, puisque l'ensemble de ces prestations concerne l'ambulatoire, les soins à domicile ou en EMS de manière à éviter l'hospitalisation.

Ces différents cas de figure sont donc des créneaux d'économies incontestables sans pouvoir prétendre qu'ils compenseraient des domaines où il y aurait des augmentations.

Malgré cela, j'ai considéré que l'effet économique de cette modification de l'OPAS ne pouvait jouer qu'en défaveur des demandeurs de ce changement et que ce projet devait être défendu principalement au moyen d'autres arguments afin de mettre en évidence le déséquilibre de fonds.

a GII Groupement d'interventions Infirmiers, La Chaux-de-Fonds, rapport annuel 2000

6. STRATEGIES

Trois catégories de prestataires sont concernées par l'article 7 de l'OPAS : a. infirmiers et infirmières, b. organisations de soins et d'aide à domicile et c. établissements médico-sociaux. L'ASI représentant la catégorie a. Par la première phase de cette démarche, l'ASI a cherché à consulter et à tenir compte des deux autres catégories de prestataires et des différents secteurs de soins qu'ils représentent. La question peut se poser maintenant en ces termes, est-ce que l'ASI poursuit cette démarche en son nom ou doit-elle chercher à réunir des représentants des deux autres catégories de prestataires pour agir conjointement ?

Ces deux autres catégories de prestataires réunissent, au sein de chaque canton, un grand nombre d'entités plus ou moins indépendantes, regroupées ou non sous une entité cantonale ou nationale.

Du côté des organisations de soins et d'aide à domicile, les structures sont différentes dans chaque canton. Par exemple à Genève, il y a 22 CASS, Centre d'action sociale et de santé chapeauté par la FSASD (Fondation des services d'aide et de soins à domicile) qui exerce une fonction de coordination et de contrôle sur l'ensemble du secteur. Dans le canton de Vaud, l'OMSV (Organisme médico-social vaudois) regroupe les dix associations ou fédérations existantes au niveau cantonal qui, à leur tour, rassemblent pour une ou plusieurs communes les CMS (centres médicaux-sociaux) locaux. L'organisme faitier vaudois exerce également une fonction de coordination et de contrôle sur le secteur. Tous les autres cantons ont un organisme cantonal sauf deux cantons qui en ont deux.

Ces vingt-six entités cantonales sont membres de l'ASSASD (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile), qui est constituée d'une Assemblée des délégués, d'un Comité central et d'un Secrétariat central, représentant l'organisme faitier au niveau national.

Du côté des établissements médicaux-sociaux, il y a également des associations cantonales, le plus souvent plusieurs par canton, regroupant par exemple les EMS publics et les EMS privés. Il y a des associations faitières au niveau régional, la FRADIPA pour la Suisse romande et principalement le Heimverband et la VCI en Suisse alémanique.

Au niveau national, une nouvelle association s'est créée Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées qui a pour membres les associations régionales et également l'association suisse des EMS privés. Même si ce secteur est relativement divers et éclaté, il y a une possibilité de s'adresser à l'ensemble de ces institutions par le biais de l'organisation faitière nationale.

6.1 L'ASI POURSUIT LA DEMARCHE EN SON NOM PROPRE

Seule l'ASI peut juger de l'opportunité de poursuivre sous son propre drapeau la poursuite de cette démarche pour adresser une demande avec un dossier étayé à l'OFAS. Elle le ferait de toute manière en étroite collaboration avec l'ADIIS qui est une communauté ordinaire de l'ASI.

Il est évident que l'ASI a une mission particulière qui est la défense de la profession infirmière et des soins infirmiers et que cette démarche s'inscrit complètement dans l'orientation stratégique qu'elle s'est fixée.^a

a Orientation stratégique de l'ASI-Berne 1998 ; Programme d'action ASI-Berne 2000

Le risque, cependant, est que les deux autres groupes de prestataires, qui seront de toute manière consultés par l'OFAS ultérieurement, ne se montrent pas clairement défenseurs de ce changement et que l'avancement de ce dossier soit ainsi grandement ralenti voire compromis. Je ne veux pas dire par là que ce changement n'est pas autant intéressant et important pour ces deux autres catégories de prestataires qu'il ne l'est pour les infirmiers ou infirmières indépendantes. La différence est que les personnes qui vont être consultées au sein de ces organisations faitières ne sont pas touchées quotidiennement par cette problématique et, comme expliqué dans la partie 3. de ce mémoire, des aménagements ont pu être fait et sont actuellement en place pour combler cette lacune, qui la rend par conséquent moins visible.

Parallèlement au dépôt du dossier auprès de l'OFAS, l'ASI pourrait, de manière à éviter l'effet surprise au niveau des organismes faitiers, engager une stratégie d'information plus générale en ciblant toutes les associations cantonales aussi bien du côté des soins à domicile que des EMS.

6.2 L'ASI AGIT CONJOINTEMENT AVEC LES DEUX AUTRES CATEGORIES DE PRESTATAIRES

Pour cela, l'ASI devrait présenter aux deux organismes faitiers, l'ASSASAD et Forum Helvétique, l'entier du projet et proposer que soit composée une Commission ad hoc avec des représentants de ces trois catégories de prestataires dont le but serait de se mettre d'accord afin de présenter une demande conjointe à l'OFAS avec un dossier solide.

Ces deux organismes devraient s'engager à organiser une consultation « interne » auprès de leurs membres et ainsi redescendre la pyramide afin que les personnes confrontées et conscientes de cette lacune puissent se manifester et faire part en interne de la validité de cette démarche.

L'avantage de cette démarche est que les réticences, les divergences de points de vue et autres obstacles pourraient être travaillés préalablement à la présentation devant l'OFAS.

Le risque est que le projet soit mal accueilli par ces organismes d'entrée de jeu, cependant il est quasiment impossible, vu les larges sondages effectués, qu'il n'accepte pas et l'un et l'autre d'entrer en matière. Mais si la situation devait se présenter ainsi, les effets seraient encore plus néfastes voire fatals si les échos défavorables sont transmis directement à l'OFAS.

Le principal désavantage est que cette recherche de consensus demanderait un assez grand investissement, en énergie et en temps, et que cela reporterait le dépôt de ce dossier auprès de l'OFAS de plusieurs mois, voire plus, suivant la difficulté qu'auraient les différents partenaires à se mettre d'accord. A nouveau, il est aussi raisonnable de penser que tout ce temps passé à la recherche de ce consensus devra de toute manière être pris et qu'il vaut beaucoup mieux que ce soit en préalable à toute démarche vis-à-vis de l'OFAS. D'autant plus, que la recherche de ce consensus permettra de renforcer l'argumentation et de certainement mieux satisfaire aux exigences que l'OFAS impose lors de la présentation d'un tel dossier.

6.3 RECHERCHER LA PARTICIPATION ACTIVE DE SOUTIENS, DE LOBBIES

Voici quelques propositions :

- La Croix-Rouge suisse. A la demande de l'ASI, la division de la formation de la CRS ^a serait d'accord de se positionner pour défendre la profession d'infirmière en rapport avec la formation qui leur est donnée.

a Selon entretien téléphonique avec M. Johannes Flury, Division formation professionnelle

Comme cela a été présenté sous le point 5.7. décrivant les litiges existants, le manque de reconnaissance du rôle infirmier et des prestations de soins de santé mentale que les infirmières sont habilitées à est évident. La CRS étant l'organe responsable de la formation infirmière devrait apporter un soutien important en se positionnant pour fournir les éléments précis et complets sur la formation et les compétences acquises pour dispenser des soins psychiatriques et de santé mentale. Ceci dans le cas des litiges, en réponse aux positions des assureurs qui mettent en doute les prérogatives infirmières, et aussi dans la défense de ce projet qui vise une reconnaissance des prestations de santé mentale.

- Le secteur psychiatrique privé par le biais de l'Association des directeurs des établissements psychiatriques privés. Il y a x établissements privés, dont la plupart sont d'ailleurs sans but lucratif, qui ne sont pas au bénéfice des conventions ambulatoires de la psychiatrie publique et qui sont par conséquent contraints d'appliquer l'art 7 de l'OPAS. Ces institutions sont frappées directement par la lacune de cet article.
- La Société suisse de médecine et de soins palliatifs qui se bat activement pour la promotion de ces soins et qui est consciente du problème de facturation des soins infirmiers de ce secteur. Il y a de plus, des personnes qui travaillent dans ces secteurs qui sont très motivées et partantes pour participer à la suite de cette démarche, propositions reçues lors des entretiens que j'ai effectués.

6.4 PRESENTATION ET DEFENSE DE CE PROJET DEVANT L'OFAS

Avant de déposer un dossier, il y a nécessité de connaître les exigences actuelles que l'OFAS pose pour accepter d'entrer en matière face à toute demande concernant de nouvelles prestations à introduire dans le « catalogue ». Chaque prestation est soumise à une évaluation, selon des critères standard précis.

J'ai considéré que de demander à connaître ces critères, qui s'accompagne certainement d'explications indispensables, faisait déjà partie de la stratégie, et que mon travail s'arrêterait précisément là où commençait l'action stratégique.

7. CONCLUSION

Durant l'année écoulée, un groupe de professionnels a entrepris de décrire les prestations de soins de santé mentale qui sont dispensées aujourd'hui, mais non reconnues.

Le présent travail est une contribution informative sur le contexte des soins infirmiers liés à la santé mentale. Un regard extérieur posé sur cette dimension de la santé et sur sa prise en considération par le texte de loi. Il présente ces nouvelles prestations avec une réflexion critique et apporte une base d'argumentations et une aide dans le but d'établir une stratégie concrète d'action.

La poursuite de cette démarche en vue d'obtenir une modification de l'article 7 de l'OPAS se présente comme une vaste aventure qui nécessitera encore un grand investissement en temps et en énergie.

Au terme de ce mémoire, je ne peux qu'encourager l'ASI de poursuivre, bien que la bataille s'annonce rude. La raison principale est l'incidence qui sera perçue comme négative sur les coûts de la santé et la deuxième raison est le débat qui pourrait s'ouvrir sur la délimitation des soins. Est-ce que ces prestations de santé mentale demandées sont réellement des soins à la charge de l'assurance maladie ou ne peuvent-elles pas être couvertes par la contribution financière de chaque canton qui s'engage à mettre à disposition de sa population des EMS et des services d'aide et de soins à domicile efficaces mais également humains et de qualité ?

L'argument phare sera de revenir au fait que les soins infirmiers sont un ensemble de soins, des soins somatiques de nature « technique » et des soins psychiques de nature relationnelle et qu'ils composent ensemble les prestations infirmières. Aujourd'hui il est indispensable de décrire précisément ce que chaque intervenant « fait », il en est de même pour les soins infirmiers. Cependant, ce fait ne doit pas entraîner l'exclusion d'une partie de ces soins, maintenant qu'ils sont identifiés, mais au contraire conduire à leur reconnaissance, d'autant qu'ils ont toujours été dispensés.

Une partie de l'explication de la difficulté à considérer ces soins comme étant des soins à part entière n'est-elle pas causée par l'effet de la recherche d'efficacité et de performance exigée par l'économie ? En effet, personne ne peut contester que prouver l'efficacité d'un acte technique est nettement plus aisé et adéquat que de chercher à prouver l'efficacité d'un acte relationnel.

Par contre, qu'en est-il du respect de l'exigence légale que les soins soient appropriés ? Il y a des changements et des mutations dans la société, la reconnaissance de ses soins serait la résultante d'une adaptation a posteriori à cette évolution dans le but de remplir cette exigence et qu'ainsi, dans ce domaine également, les prestations de soins soient appropriées.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier le directeur de ce mémoire, Monsieur le Professeur Jean-Louis Duc pour sa disponibilité, de même que l'expert Monsieur Alain Junger qui a accepté d'accorder du temps pour donner son avis sur ce travail. Je remercie particulièrement Madame Anne Berthou pour la bonne collaboration que j'ai eu le privilège d'avoir avec elle ainsi qu'avec différents collaborateurs de l'ASI. Je joins également à ces remerciements Madame Maryse Leveder pour son avis de professionnel des soins infirmiers en psychiatrie et toutes les personnes qui m'ont accordés de leur précieux temps pour des entretiens.

8. BIBLIOGRAPHIE ET LISTE D'ABREVIATIONS

8.1 BIBLIOGRAPHIE

- ASI, « Enquête en psychiatrie », Rapport final SBK-ASI Berne 2000
- ASI, « La société et les soins infirmiers » Keseelring Annemarie, Panchaud Catherine, SBK – ASI Berne 1999
- Croix-Rouge suisse, « Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers à l'usage des écoles reconnues par la Croix-Rouge suisse », 1992
- Iowa Intervention Project, « Nursing Interventions Classification », Editors McCloskey J.C., Bulechek G.M., 1992, third edition 2000
- ISE, « CHORUS – Test de la méthode PLAISIR en suisse romande », ISE Lausanne 1997
- ISP, « Outils de mesure de la charge en soins infirmiers dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux de soins aigus », Berthou Anne, IfG – ISP Aarau 1995
- ISP, « Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin – Mesure de la charge de travail », Berthou Anne, IfG – ISP Aarau 1996
- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F., « La pensée infirmière : conception et stratégie », Editions Etudes Vivantes, Maloie 1994
- OMS, « Santé 21 – La santé pour tous au 21^{ème} siècle »
- Polikowski Marc, Lauffer Régine, Renard Delphine, Santos-Eggimann Brigitte, « Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale : Le catalogue des prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? », raisons de santé no 58, Lausanne 2001.
- « Système de santé suisse 2001/2002 – survol de la situation actuelle » CAMS, Editeurs : Kocher Gerhard, Oggier Willy.

8.2 ABREVIATIONS

ADIIS	Association des infirmières indépendantes suisses
ASI	Association des infirmières et infirmiers
CAMS	Concordat des assurances-maladie suisses
CRS	Croix-Rouge suisse
EMS	Etablissement médico-social
FRADIPA	Fédération romande des associations d'institutions pour personnes âgées
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
ISE	Institut de santé et d'économie
ISP	Institut suisse de santé publique
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie sociale
OAMal	Ordonnance sur l'assurance maladie
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMSV	Organisme médico-social vaudois
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
SPàD	Association romande de soins pédiatrique spécialisés à domicile
SPITEX	Spital Extern - Aide et soins à domicile
SSMSP	Société suisse de médecine et de soins palliatifs
VCI	Verband Christlicher Institutionen

9. TABLE DES MATIERES

1. AVANT-PROPOS.....	2
2. INTRODUCTION	3
2.1 L'OBJET DE LA PROBLEMATIQUE.....	3
2.2 PROJET.....	3
3. STATUT ACTUEL DES SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES ET DE SANTE MENTALE.....	4
3.1 CONTEXTE DONNE PAR L'OFAS	4
3.1.1 Base légale.....	4
3.1.2 Origine de l'article 7 OPAS.....	5
3.2 CONTEXTE DONNE PAR LA PRATIQUE ET SON EVOLUTION	7
3.2.1 Au temps de la création de l'OPAS.....	7
3.2.2 Aujourd'hui.....	7
3.2.3 Tendances pour le futur	11
3.3 OUTILS DE MESURE DE LA CHARGE INFIRMIERE	13
3.3.1 Description et implantation en Suisse.....	13
3.3.2 Liens entre les prestations relevées par ces outils et les prestations de l'art 7 OPAS.	15
4. NOUVELLES PRESTATIONS DE SANTE MENTALE.....	16
4.1 ELABORATION DE CES NOUVELLES PRESTATIONS	16
4.1.1 Membres du groupe de travail.....	16
4.1.2 Critères de choix de ces nouvelles prestations et définitions.....	16
4.1.3 Sources de ces nouvelles prestations	17
4.1.4 Méthode utilisée.....	18
4.1.5 Résultats et liste définitive des nouvelles prestations.....	19
4.2 INTEGRATION DE CES NOUVELLES PRESTATIONS DANS L'ART 7 OPAS SELON LA PROPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	20
4.3 COMMENTAIRES, ALTERNATIVES ET RECOMMANDATIONS	21
5. ARGUMENTATIONS	26
5.1 DESEQUILIBRE INITIAL DE L'ART 7 OPAS DU A LA NON DEFINITION DE PRESTATIONS SPECIFIQUES DE SOINS PSYCHIATRIQUES ET DE SANTE MENTALE.....	26
5.2 SUPPRIMER UNE INEGALITE DE TRAITEMENT	27
5.3 RESPECTER LA CONDITION DE PRESTATION APPROPRIEE.....	27
5.4 SUPPRIMER UNE INEGALITE D'APPROVISIONNEMENT EN SOINS	28
5.5 TENIR COMPTE DE L'EVOLUTION DES STRUCTURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES POUR CLARIFIER LES PRESTATIONS DE SOINS.....	28
5.6 MEME BASE LEGALE POUR TOUS LES PRESTATAIRES DISPENSANT DES SOINS A DOMICILE, AMBULATOIREMENT ET / OU DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL.	28
5.7 SOLUTION POUR LES LITIGES EXISTANTS.....	29
5.8 SOLUTION POUR D'AUTRES SECTEURS DE SOINS LESES PAR CETTE DISPOSITION INCOMPLETE	30
5.9 ARGUMENT GENERAL CONCERNANT L'EVALUATION DE LA QUALITE.....	31
5.10 ARGUMENT ECONOMIQUE.....	31
6. STRATEGIES.....	32
6.1 L'ASI POURSUIT LA DEMARCHE EN SON NOM PROPRE.....	32
6.2 L'ASI AGIT CONJOINTEMENT AVEC LES DEUX AUTRES CATEGORIES DE PRESTATAIRES	33
6.3 RECHERCHER LA PARTICIPATION ACTIVE DE SOUTIENS, DE LOBBIES.....	33
6.4 PRESENTATION ET DEFENSE DE CE PROJET DEVANT L'OFAS	34

7. CONCLUSION	35
8. BIBLIOGRAPHIE ET LISTE D'ABREVIATIONS.....	36
8.1 BIBLIOGRAPHIE	36
8.2 ABREVIATIONS	37
9. TABLE DES MATIERES.....	38
ANNEXE 1	ARTICLE 7 DE L'OPAS
ANNEXE 2	DEFINITIONS DES PRESTATIONS DE SANTE MENTALE

OPAS – Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie

Chapitre 2 - Section 3:

Soins dispensés à domicile, ambulatoirement ou dans un établissement médico-social

Art. 7 Définition des soins

1 L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis (art. 7, 2e al., et art. 8a) 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, 3e al., LAMal).

2 Les prestations au sens du 1er alinéa sont:

- a. des instructions et des conseils:
 1. évaluation des besoins du patient et de son entourage et mise en place des interventions nécessaires en collaboration avec le médecin et le patient,
 2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier pour l'administration des médicaments ou l'emploi d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;
- b. des examens et des soins:
 1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
 2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
 3. prélèvement pour examen de laboratoire,
 4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
 5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
 6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
 7. administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,
 8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
 9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
 10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
 11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
 12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos;
- c. des soins de base:
 1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,
 2. **soins de base des maladies psychiatriques et psycho-gériatriques.**

3 Les frais généraux d'infrastructure et d'exploitation des fournisseurs de prestations ne sont pas pris en compte dans le coût des prestations.

Définitions des prestations de santé mentale à introduire dans l'OPAS

1. Entretien de planification et d'évaluation des soins en cours de traitement

Définition	Entretien planifié avec le/la patient(e), avec ou sans la présence de son entourage
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">- Faire le bilan de la situation et effectuer le suivi du traitement- Planifier et gérer le processus de soins- Associer le patient et son entourage au traitement
Interventions	Récolter des informations, anamnèse infirmière Définir les ressources et les problèmes (phénomènes infirmiers) Négocier des objectifs Convenir le plan de soins (interventions) Evaluer le processus de soins Réaliser des évaluations, des tests Planifier les mesures correctrices ...

2. Enseignement au(x) patient(s) et/ou à son(leur) entourage

Définition	Permettre au patient et/ou à ses proches d'acquérir des connaissances, des compétences et des comportements en lien avec la santé et la maladie.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">- Faciliter les expériences d'apprentissage en fonction des capacités du (des) participant(s)- Maintenir et augmenter l'autogestion et l'autonomie- Eviter ou prévenir les rechutes ou la décompensation- Promouvoir la santé
Interventions	Rechercher, créer et mettre à disposition de la documentation Expliquer les processus liés à la maladie et au traitement Enseigner au patient et à son entourage à appréhender la maladie, les traitements et les comportements adéquats Enseigner des comportements favorables à la santé Enseigner à l'entourage comment se comporter vis-à-vis du patient ...

3. Intervention thérapeutique individuelle

Définition : Intervention thérapeutique planifiée et accomplie individuellement avec le patient

Objectifs

- Promouvoir ou faciliter son intégration sociale dans la communauté
- Favoriser ou restituer son autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne
- Diminuer les troubles du comportement
- Développer un sens d'indépendance ou de nouvelles aptitudes
- Promouvoir l'estime de soi
- Prévenir les situations de crise et les hospitalisations

Interventions

Créer une relation thérapeutique par des entretiens ou des activités
Entretenir une relation d'aide
Favoriser l'expression émotionnelle
Pratiquer une écoute active
Diminuer les risques de détérioration psychologique
Prévenir et diminuer les comportements agressifs
Travailler sur un deuil ou sur l'acceptation de situations nouvelles
Augmenter la capacité d'autocritique
Stimuler les facultés sensorielles, cognitives et motrices
Travailler les habiletés cognitives
Travailler l'intégration à l'environnement
Travailler la réhabilitation sociale
Maintenir, stimuler et rééduquer l'accomplissement des actes de la vie quotidienne
...

4. Activités thérapeutiques en groupe

Description : Activités thérapeutiques de groupe planifiées dont les objectifs, le contenu et le cadre sont définis par le processus de traitement

Objectifs

- Gérer en commun et à des fins thérapeutiques :
 - des problématiques de santé et de santé mentale
 - des problématiques liées à des maladies et/ou des traitements
 - l'organisation du quotidien et la vie en commun.

Interventions

Préparer, réunir et conduire des groupes thérapeutiques (patients, familles, groupes liés à des pathologies, groupes de discussion en cas de crise, ...)

...

5. Intervention en cas d'urgence

Définition	Intervention imprévue et prioritaire avec le/la patient(e) et/ou son entourage
Objectif	- Préserver l'intégrité bio-psycho-sociale du patient et de son entourage.
Interventions	Évaluer les risques Prévenir les passages à l'acte Diminuer les risques de détérioration physique et psychologique Protéger le patient et son entourage Prévenir et diminuer les comportements agressifs Mettre en place les mesures de résolution de la crise Favoriser l'expression émotionnelle Pratiquer une écoute active Orienter dans le temps et dans l'espace Augmenter la collaboration du patient Augmenter la capacité d'autocritique ...

6. Entretien planifié en situation de crise

Description :	Entretien planifié avec le patient ou ses proches lors d'une situation de crise.
Objectifs	- Évaluer les risques - Comprendre le processus de la crise à des fins thérapeutiques - Contribuer à la résolution de la crise au moyen d'actions de communication verbale ou non verbale - Rétablir l'équilibre émotionnel au niveau antérieur à la crise - Maîtriser et gérer le comportement du patient et de son entourage
Interventions	Favoriser l'expression émotionnelle Pratiquer une écoute active Orienter dans le temps et dans l'espace Préserver ou augmenter l'estime de soi Augmenter la collaboration du patient et/ou de ses proches Diminuer l'anxiété Diminuer les risques de détérioration psychologique Prévenir et diminuer les comportements agressifs Augmenter la capacité d'autocritique Prévenir les passages à l'acte Agir sur les ressources du patient et de son entourage ...

Nouvelle formulation pour la prestation c2 : Soins de base à des patients ayant besoin de guidance, surveillance, réadaptation.