

Décision de la commission technique (CT)

Par ses décisions, la commission technique (CT) veille à assurer la comparabilité intercantonale des données obtenues, en fixant des procédures de récolte uniformes ainsi qu'un certain nombre de règles et de paramètres à observer.

Les décisions de la CT et leurs éventuelles annexes, doivent être portées à la connaissance des cadres des institutions concernées par les évaluations ainsi qu'à celle de tous les évaluateurs. Elles leur sont transmises par l'intermédiaire des répondants cantonaux:

<i>Président :</i>	<i>Neuchâtel</i>	<i>M. Y. Grosclaude</i>
	<i>Jura :</i>	<i>Mme S. Chevrey-Schaller</i>
	<i>Vaud :</i>	<i>M. T. Wolfrath</i>
	<i>Genève :</i>	<i>M. B. Martin</i>

Décision No 32 : Communications au sujet du bénéficiaire (CSB) - terminologie

Préambule

La présente Décision a pour but d'explicitier le contenu des CSB ainsi que les différentes terminologies utilisées dans le langage courant et les différentes décisions de la CT.

Dénomination

Au cours du temps, les Communications au sujet du bénéficiaire (CSB) ont indifféremment été appelés Communications au sujet du client (CSC), Communications au sujet du résident (CSR) ou Communications au sujet du patient (CSP). Depuis plusieurs années maintenant, c'est l'appellation Communications au sujet du bénéficiaire (CSB) qui est généralement utilisée.

Concept

Le concept de « Communications au sujet du bénéficiaire (CSB) » est un concept original, propre au système PRN (1974), et étendu subséquemment aux systèmes CTMSP (1977) et PLAISIR (1983) d'EROS. Cette catégorie d'actions de soins indirects n'avait, auparavant, jamais été isolée et identifiée comme telle, ni son temps mesuré séparément dans aucun système de mesure des charges en soins.

Toutes les actions de CSB sont des actions de soins individuelles qui rendent compte de la charge en soins correspondant aux communications des membres de l'équipe soignante au sujet des soins requis individuellement par le bénéficiaire. Ces actions de soins de communication sont indispensables pour assurer, en toute transparence et imputabilité, des soins individualisés de qualité, continus et sécuritaires, efficaces et efficients, tenant compte des préférences du bénéficiaire, de son bien-être, de son confort, de ses capacités résiduelles, de ses besoins d'indépendance et d'autonomie.

Au départ, l'intention des concepteurs du système était d'attribuer un temps unitaire unique à chacune des actions de CSB (comme c'est le cas pour toutes les autres actions de soins dans PLAISIR). La recherche a toutefois montré que le temps requis par chacune des actions de CSB dépendait du temps total des soins requis par le bénéficiaire, c'est-à-dire de sa charge en soins personnelle quantifiée en minutes de soins par jour, semaine, etc. Il fut dès lors résolu de développer une méthode de mesure du temps global des CSB du bénéficiaire en fonction de ses MSN (en plus clair, une méthode de mesure du temps global des actions de CSB en fonction du temps de tous les autres soins requis par le bénéficiaire).

Les communications thérapeutiques avec le bénéficiaire et sa famille n'entrent pas dans la catégorie des CSB. Elles appartiennent à la catégorie des soins directs et leur temps est inclus dans les Minutes-soins nettes OPAS (appelées MSN OPAS) mesurées avec le eFRAN (relevé des actions de

soins requises) de PLAISIR. La communication avec le bénéficiaire ou son entourage, à l'occasion d'une action de soins, pour fournir de l'information sur cette action de soins n'entre pas dans la catégorie des CSB. Elle appartient à la catégorie des actes de support direct des actions de soins et son temps est inclus dans le temps unitaire de l'action de soins, et donc, ultimement, dans les MSN OPAS.

Contenu des CSB

Les items de la nomenclature des CSB sont les suivants :

- Catégorie 1 : Communications entre les membres de l'équipe, avec les médecins, les autres services, les proches
- les transmissions orales du début et de la fin des quarts (services) de travail entre les membres du personnel de l'unité de soins relativement au bénéficiaire;
 - les communications du personnel de l'unité de soins avec les autres professionnels ne faisant pas partie du personnel de l'unité de soins (médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, logopède, psychologue, éducateur, intervenant social, maître socio-professionnel, etc.) relativement au bénéficiaire;
 - les communications avec les autres services de l'établissement (services alimentaires, services techniques, pharmacie, etc.) relativement au bénéficiaire;
 - les communications avec la famille, les amis, la tutelle, etc. du bénéficiaire pour donner de l'information au sujet de son état et de son plan de soins.
- Catégorie 2 : Plan de soins et mesure du niveau des soins
- la conception et la mise à jour du plan de soins du bénéficiaire, incluant l'évaluation des résultats des soins;
 - la mesure quantitative des soins infirmiers requis par le bénéficiaire (avec PLAISIR).
- Catégorie 3 : Dossier / notes au dossier
- la rédaction des notes de transmissions au dossier du bénéficiaire.

CSB originelles

Les CSB sont calculées individuellement et dépendent directement du temps de soins requis par chaque bénéficiaire. Elles sont calculées pour chacune des trois catégories de soins indirects ci-dessus, mais pas pour chaque action de soins à l'intérieur de ces catégories ; usuellement elles sont globalisées pour les trois catégories, en un seul total.

CSB en Suisse

Quand la Suisse Romande a décidé d'introduire la modulation du temps des CSB en fonction du temps de soins, au 1.1.2011, les simulations réalisées par EROS ont montré que la moyenne des temps modulés des CSB requis, calculée à partir de la banque de données PLAISIR de la Suisse Romande était de 20 minutes en chiffre rond. On peut donc dire que, si on s'en tient aux normes originales validées du système PLAISIR, le bénéficiaire Suisse Romand en EMS requiert, en moyenne, 20 minutes de CSB par journée.

Cependant, au moment de l'implantation de PLAISIR, la Suisse Romande avait décidé d'utiliser un temps uniformisé de 11.5 minutes pour les CSB, identique pour tous les bénéficiaires. Cette norme de 11.5 minutes n'est pas une norme du système PLAISIR ; elle trouve son origine dans la négociation entre le Ministère de la Santé et des Services Sociaux d'une part, et le Conseil du Trésor d'autre part, du Gouvernement du Québec, au début des années 1980 ; cette norme a donc été reprise telle quelle par la Suisse romande.

Ce temps uniformisé de 11.5 minutes n'entraîne pas, à l'origine, dans les minutes de soins déterminantes pour la classification en 8 degrés de soins, mais était ajouté après coup dans le calcul de la dotation requise en personnel. Les frais y relatifs (dotation en personnel) étaient inclus dans les coûts de soins établis analytiquement.

Les CSB modulées (calcul individuel pour chaque résident) ont été introduites au 1.1.2011, dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, qui a vu également le pas-

sage de 8 à 12 degrés de soins. Les CSB modulées ont été intégrées dans les minutes de soins déterminantes pour la classification, non pas sur la base des 20 minutes par jour en moyenne (réalité) mais en les minorant de façon à ce que leur moyenne corresponde au temps uniformisé retenu à l'origine, soit 11.5 minutes par jour. Nous pouvons donc parler ici de l'introduction de minutes de CSB modulées et minorées.

CSB dans l'accord transactionnel

L'ajout du temps des CSB ayant été contesté par les assureurs, un accord transactionnel a été conclu avec certains d'entre eux. Dans le cadre de cet accord, le 75% des minutes de CSB modulées et minorées a été accepté par les parties et entre dans la détermination de la classification facturable.

CSB hors accord transactionnel

D'autres assureurs n'ont pas accepté l'accord transactionnel et refusent l'intégration des minutes des CSB dans la détermination de la classification. C'est l'objet d'un litige actuellement pendant devant les tribunaux. Les EMS facturent le forfait de soins correspondant à la classification déterminée moyennant l'intégration du 100% des minutes de CSB modulées et minorées. Pour la plupart, les assureurs concernés recalculent le forfait de soins compte tenu d'une classification déterminée sans aucune minute de CSB.

DECISION – définitions

Compte tenu de ce qui précède, afin de clarifier le discours actuel ayant trait aux CSB, la CT décide de l'utilisation des appellations suivantes :

CSB	catégorie d'actions de soins indirects, abréviation de Communications au sujet du bénéficiaire
MCSB	temps en minutes des CSB, selon la définition originelle de PLAISIR (moyenne par jour et par résident : 20 minutes)
mCSB	temps en minutes des CSB, selon la décision des cantons utilisateurs de PLAISIR (moyenne par jour et par résident : 11.5 minutes) ; correspond aux MCSB minorées de 42.5% ; correspond à la facturation aux assureurs non signataires de l'accord transactionnel
75mCSB	temps en minutes des CSB, selon l'accord transactionnel (moyenne par jour et par résident : 8.625 minutes) ; correspond aux MCSB minorées de 56.875% ; correspond aux mCSB minorées de 25% ; correspond à la facturation aux assureurs signataires de l'accord transactionnel
50mCSB	temps en minutes des CSB (moyenne par jour et par résident : 5.75 minutes) ; correspond aux MCSB minorées de 71.25% ; correspond aux mCSB minorées de 50% ;
Minutes de CSB modulées	temps de soins des CSB calculé de manière individuelle, pour chaque résident ; correspond à l'application d'une fonction sur le temps de soins requis par chaque résident ; s'applique à MCSB, mCSB, 75mCSB, 50mCSB
Minutes de CSB uniformisées	temps forfaitaire des CSB attribué à chaque résident quel que soit son temps de soins requis ; par exemple : MCSB = 20 minutes par journée de résident, ou mCSB = 11.5 minutes par journée de résident
Minutes de CSB minorées	diminution du temps des MCSB, par décision politique à l'introduction de PLAISIR ou par l'accord transactionnel ; s'applique à mCSB, 75mCSB, 50mCSB, et que l'on parle de CSB modulées ou uniformisées

Le temps des CSB n'étant qu'une petite partie de la totalité des minutes de soins déterminantes pour la classification en 12 degrés de soins OPAS, il y a lieu ici de rappeler et préciser les différentes appellations possibles, avec et sans intégration du temps des CSB :

MSN	minutes de soins nettes ; correspond au temps de soins individuels mais n'intègre pas à ce stade le temps des CSB, sous quelle que forme que ce soit ; comprend les catégories a + b + c + d ; les catégories a, b et c correspondent au catalogue OPAS (voir article 7 OPAS et table de concordance) ; la catégorie d n'est pas LAMal et n'est pas prise en compte lors de la détermination de la classification OPAS
MSN OPAS	MSN sans la lettre d ; total des minutes de soins prises en compte dans la détermination de la classification OPAS ; toujours sans le temps des CSB
MS OPAS	MSN OPAS + mCSB ; totalité des minutes de soins et de CSB prises en compte dans la détermination de la classification OPAS, dont découle la facturation aux assureurs non signataires de l'accord transactionnel
MS OPAS (75mCSB)	MSN OPAS + 75mCSB ; totalité des minutes de soins et de CSB prises en compte dans la détermination de la classification OPAS, dont découle la facturation aux assureurs signataires de l'accord transactionnel
Classe OPAS (mCSB)	Classification en 12 degrés résultant des MS OPAS
Classe OPAS (75mCSB)	Classification en 12 degrés résultant des MS OPAS (75mCSB)
Classe OPAS (sans CSB)	Classification en 12 degrés résultant des MSN OPAS, soit uniquement par la prise en compte des soins requis ; donnée à titre indicatif ; correspond dans la plupart des cas à la classification reconnue par les assureurs n'ayant pas adhéré à l'accord transactionnel

La présente décision visant à clarifier l'usage des appellations autour des CSB, la CT décide qu'il n'y a pas lieu à ce stade de modifier les indications figurant sur les résultats PLEX, sur le profil bio-psycho-social PLAISIR et sur d'autres décisions de la CT faisant mention des CSB ou du temps des CSB, ceci afin de ne pas ajouter de confusion tant que durera la procédure juridique en cours. Les différents documents cités ci-dessus doivent toutefois être lus désormais en regard de la présente décision. Les points ci-dessous font concorder les appellations retenues dans la présente décision avec les termes utilisés dans ces documents.

Lecture du rapport d'évaluation PLEX



EMS-EROS Suisse (LG) #: ECH-LG
Évaluateur: Lucille Guénette
Évaluation (#1) réalisée le 5 mai 2016
Semaine de référence de l'évaluation débutant le 5 mai 2016

Profil de la personne, née le 1 décembre 1926.

Sexe: Femme
Date d'admission: 1 mai 2016

Type d'entrée: Long séjour
Date limite de l'évaluation PLAISIR: 26 juin 2016

Classe OPAS (100% des CSB) n° 6 /12 100 - 120 min.	Classe OPAS (75% des CSB) n° 5 /12 80 - 100 min.	Classe OPAS (sans CSB) n° 5 /12 80 - 100 min.
a. 25 - 30 min. b. 15 - 20 min. c. 40 - 60 min.	a. 25 - 30 min. b. 15 - 20 min. c. 40 - 60 min.	a. 15 - 20 min. b. 15 - 20 min. c. 40 - 60 min.

Il faut donc lire :

pour Classe OPAS (100% des CSB) :

Classe OPAS (mCSB)

pour Classe OPAS (75% des CSB) :

Classe OPAS (75mCSB)

pour Classe OPAS (sans CSB) :

Classe OPAS (sans CSB)

Lecture du Profil bio-psycho-social PLAISIR

Soins (OPAS) : MSN OPAS + CSB		Minutes/jour	
a1	12.87	a	39.87
a2	27.00		
		b	10.96
c1	117.66	c	117.66
c2			
		a+b+c	168.48
		a+b+c (sans CSB)	155.62
Soins (non OPAS)		d	0.94
Classes		6 /8 ; 9/12	

Il faut donc lire :

pour 39.87 minutes/jour de a :

pour 168.48 minutes/jour a+b+c :

pour 155.62 minutes/jour a+b+c (sans CSB) :

pour Classe 9/12 :

39.87 minutes de soins selon OPAS art 7 al 2 lettre a, incluant les mCSB

168.48 MS OPAS

155.62 MSN OPAS

Classe OPAS (mCSB) 9/12

(6/8 est une résultante de l'ancienne classification PLAISIR, donnée ici à titre indicatif ; cette classification est déterminée au moyen des MSN OPAS)

Lecture des décisions de la CT (décisions no 8 / 10 / 28 / 31)

- Décision no 8 en page 1, chiffre 3, les appellations sont correctes ;
en page 2, les *minutes CSB* (titre et axe vertical) sont à lire **mCSB** ; les *minutes OPAS* (axe horizontal) sont à lire **MSN OPAS** ;
- Décision no 10 en pages 1 et 2, note de bas de page, les 20 minutes de CSB correspondent aux **MCSB** (en moyenne) et la contrainte précisant que lors de leur introduction la masse des CSB doit être maintenue à son niveau au moment de l'adaptation fait référence aux **mCSB** (de 11.5 minutes en moyenne) ; dans les 2 cas ce sont les **minutes de CSB uniformisées** qui sont évoquées ;
en page 2, chiffre 2.2, les CSB évoquées correspondent aux **mCSB** ;
en page 2, tableau sous chiffre 3.1, la colonne *Poids OPAS (incluant les CSB)* fait référence aux mCSB ;
- Décision no 28 il s'agit de la table de concordance entre les actions de soins PLAISIR et l'art 7 al 2 OPAS ;
page 1, la mention des CSB au haut de la colonne de droite est correcte et fait évidemment référence aux actions de soins indirects contenues dans les **CSB** ;
- Décision no 31 page 1, art. premier, la *facturation des CSB* doit se lire par **l'intégration du temps des CSB dans la classification MS OPAS** ;
page 1, art. 2, chiffre 1, les *minutes de soins nettes a+b+c (MSN)* doivent se lire **MS OPAS** ; le *75% des temps de communication au sujet du bénéficiaire* doit se lire par **les 75mCSB** ; nous parlons donc ici des **MS OPAS (75mCSB)** ;
page 1, art. 2, chiffre 2, *le temps des CSB résultant* doit se lire **les mCSB résultant** ; *il est ajouté aux minutes/jour (sans CSB)* doit se lire **il est ajouté aux MSN OPAS** ; concernant l'extrait d'un profil EROS réel, *Soins (OPAS) : MSN OPAS + CSB a+b+c* doit se lire **MS OPAS** et *Minutes/jour a+b+c (sans CSB)* doit se lire **MSN OPAS** ; concernant le calcul de la facturation, *MSN* est à lire **MSN OPAS**, *CSB* est à lire **75mCSB**, *total* est à lire **MS OPAS (75mCSB)**
page 2, art. 2, chiffre 3, *75% des CSB* correspond aux **75mCSB**, et c'est donc le degré de soins **Classe OPAS (75mCSB)** qui figure (entre autres) sur le rapport d'évaluation PLEX

Neuchâtel, le 22 mars 2017

Y. Grosclaude

Président