

Zeitschrift: Magazine aide et soins à domicile : revue spécialisée de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile

Herausgeber: Spitex Verband Schweiz

Band: - (2014)

Heft: 4

Artikel: Déclaration des besoins vs prise en charge des coûts

Autor: Früh, Peter

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-853007>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.06.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Déclaration des besoins vs prise en charge des coûts

Des assureurs-maladie qui réduisent leurs prestations lorsque le décompte des soins à domicile est supérieur aux heures annoncées dans la Déclaration des besoins: un sujet de mécontentement fréquent.

Dans son bulletin d'information de juin, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD) prie instamment les associations cantonales et organisations locales de ne plus utiliser, dans le contexte de la Déclaration des besoins, le terme «prise en charge des coûts». Ceci pour éviter que les assureurs interprètent la déclaration des besoins comme un plafond strict de coûts. Cette position de l'ASSASD est soutenue par les juristes Brigitte Blum-Schneider et Martina Filippo. Dans le magazine «Pflegerecht» de février 2014, elles considèrent que la convention administrative n'autorise pas les assureurs-maladie à réduire leur prestation au niveau de la déclaration des besoins. La délégation chargée des négociations et du suivi de la convention administrative pour les soins de longue durée, composée de représentants de l'ASSASD, de tarifsuisse SA et du Groupement d'achat HSK, est également tombée d'accord à ce sujet.

Des écarts sont inévitables

«Il est normal qu'il y ait des écarts par rapport à la Déclaration des besoins», dit Silvia Marti de l'ASSASD. «Dans le domaine des soins, on peut prévoir beaucoup de choses, mais pas tout.» La Déclaration des besoins est établie sur la base des temps de référence. Mais concrètement, selon le cas, il peut arriver qu'une intervention dure plus longtemps, ou qu'une prestation devienne nécessaire sur le plan de l'éthique des soins alors qu'elle n'avait pas été prévue. Silvia Marti souligne également que dans le décompte facturé, les heures sont arrondies, conformément à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), alors que la Déclaration des besoins n'indique que le temps effectif des prestations. D'où des différences entre les deux additions.

L'article 7 de la convention administrative précise la marche à suivre en cas d'évolution des besoins. Si le changement est permanent, une nouvelle évaluation des besoins s'impose. Une modification temporaire doit être signalée à l'assurance-maladie si elle perdure au-delà de huit jours. Dans ce contexte, les juristes Blum-Schneider et Filippo parviennent à la conclusion qu'il n'est pas obligatoire de déclarer les modifications temporaires du besoin n'excédant pas sept jours, puisqu'elles restent dans les compétences des prestataires, à savoir des services de soins à domicile.

Interprétations divergentes

Alors, tout serait clair? Hélas, non. Interrogé à ce sujet, le service de presse de l'organisation de santé SWICA déclare par exemple: «Ce n'est pas que l'assureur doute de la compétence du prestataire. Mais il exige d'être informé préalablement ou de recevoir une justification ultérieure de l'augmentation du nombre d'heures passées. Tout cela se passe sans heurts avec la plupart des prestataires.»

Quant à l'Association cantonale zurichoise d'aide et de soins à domicile, dans une circulaire adressée à ses membres, son codirecteur Markus Schwager constate que «l'obligation de signaler une modification significative n'est malheureusement pas interprétée partout de la même manière». Certains assureurs-maladie appliqueraient l'article 7 strictement, d'autres «au cas par cas, ou avec une interprétation large».

A ce propos, presque toutes les organisations de soins à domicile connaissent au moins une compagnie d'assurances qui agit de façon ultra pointilleuse. Silvia Marti pense que cela dépend parfois de l'attitude des collaborateurs en charge du dossier. Souvent, une décision judiciaire serait bienvenue.

**«Dans le domaine des soins,
on peut prévoir beaucoup
de choses, mais pas tout.»**

Silvia Marti, ASSASD



Lorsque les besoins en soins changent, une information rapide est utile. Photos: iStock

Vérification possible

L'omission d'informations éveille la suspicion des assureurs. La Swica déclare: «Si une facture contient un nombre d'heures beaucoup plus élevé que celui mentionné dans la Déclaration des besoins, sans annonce préalable, nous suivons la procédure de la Déclaration des besoins.» Cela signifie que des infirmiers diplômés sont chargés de contrôler. Oralement ou par écrit, ils adressent des questions complémentaires à l'organisation de maintien à domicile. Dans certains cas, on demande de fournir le dossier de soins pour vérifier que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. Article 32 al. 2 LAMal) ont été respectés. Si le nombre d'heures peut techniquement être justifié, la facture sera acceptée. En revanche, s'il s'avère que les heures annoncées ne sont pas justifiées, «un plafond de coûts avec un nombre réduit d'heures sera établi».

Réagir rapidement est essentiel

Face à cette situation peu satisfaisante, l'Association cantonale zurichoise d'aide et de soins à domicile conseille à ses membres de réagir rapidement lors d'un dépassement d'heures. Cela veut dire qu'il faut remplir une nouvelle

Déclaration des besoins «en cas de probabilité de dépassement de plus de 5 à 10 pour cent, pour la période en question». En revanche, un dépassement temporaire serait difficile à mesurer. L'Association zurichoise recommande d'en informer l'assureur sans tarder, par téléphone ou mieux encore par écrit, tout en indiquant qu'une nouvelle déclaration des besoins sera formulée si les besoins supplémentaires s'avéraient contre toute attente permanents.

Gagne-t-on à disposer d'une information rapide? «Sûrement», répond Fränzi Müller, directrice de l'organisation Spitex Kilchberg-Rüschlikon dans le canton de Zurich. «Depuis que nous informons les caisses-maladies plus rapidement de changements intervenus dans les besoins en soins, avec mandat médical et liste de prestations à l'appui, le nombre de dossiers à soumettre aux assureurs pour contrôle a diminué.» Fränzi Müller relève cependant que les corrections et réévaluations, effectuées de manière répétée par un personnel qualifié, représentent un surcroît de dépenses. Mais les discussions sans fin avec les assureurs, tout comme la soumission des dossiers de clients, coûtent également du temps, et donc de l'argent.

Peter Früh