Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

FF 2016
www.droitfederal.admin.ch
La version électronique
signée fait foi

ad 11.418

Initiative parlementaire LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 22 janvier 2016

Avis du Conseil fédéral

du 23 mars 2016

Madame la Présidente,
Mesdames, Messieurs,

Conformément à l'art. 112, al. 3, de la loi sur le Parlement, nous nous prononçons comme suit sur le rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 22 janvier 2016 concernant l'initiative parlementaire n° 11.418 «LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant».

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

23 mars 2016 Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Johann N. Schneider-Ammann
Le chancelier de la Confédération, Walter Thurnherr

Avis

1 Contexte

En vertu de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)[1], l'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge les coûts des prestations de soins en cas de maladie lorsqu'elles sont dispensées dans un hôpital par des personnes qui fournissent des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin (art. 25, al. 2, let. a, LAMal). Elle verse par ailleurs une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux (EMS) (art. 25*a*, al. 1, LAMal). Les soins qui peuvent être dispensés sur prescription ou sur mandat d'un médecin par des infirmiers, des organisations d'aide et de soins à domicile ou des EMS sont énumérés à l'art. 7 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins[2]. Ces prestations comprennent les mesures d'évaluation, de conseils et de coordination, les examens et traitements et les soins de base. La LAMal fait la distinction entre les fournisseurs de prestations qui pratiquent directement à la charge de l'AOS – notamment les médecins et les hôpitaux – et les personnes, ou organisations qui les emploient, qui prodiguent des soins pour leur propre compte sur prescription ou sur mandat médical (art. 35, al. 2, LAMal). Les EMS, les infirmiers et les organisations d'aide et de soins à domicile sont des fournisseurs de prestations qui dispensent des prestations de soins sur prescription médicale (art. 35, al. 2, let. e, et 38 LAMal).

Le 16 mars 2011, le conseiller national Rudolf Joder a déposé l'initiative parlementaire n° 11.418, intitulée «LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant», par laquelle il demande que la loi fédérale sur l'assurance-maladie soit adaptée de telle sorte que les infirmiers puissent fournir sous leur responsabilité propre une partie des soins, sans prescription médicale. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite à cette initiative le 2 février 2012. Son homologue du Conseil des États (CSSS-E) a approuvé cette décision le 16 avril 2012.

La CSSS-N a examiné un avant-projet élaboré par une sous-commission et décidé, le 15 avril 2015, de le mettre en consultation. Le 22 janvier 2016, après avoir pris connaissance des résultats de la consultation, elle est entrée en matière sur l'objet et a adopté le projet au vote sur l'ensemble. Selon les explications contenues dans le rapport de la commission, le projet permettrait de dispenser les mesures d'évaluation et de conseils et les soins de base sans prescription médicale, tandis que les traitements continueraient d'être soumis à prescription médicale.

1 RS **832.10**
2 RS **832.112.31**

2 Avis du Conseil fédéral

2.1 Appréciation générale de l'initiative

Le Conseil fédéral a conscience de l'importance des soins dans le système de santé. Aussi comprend-il la volonté de revaloriser le statut professionnel des infirmiers. Il considère néanmoins que permettre à des groupes professionnels supplémentaires de facturer directement à la charge de l'AOS sans avoir développé des solutions pour améliorer la coordination et sans avoir mis en place un pilotage à long terme serait une erreur.

Le Conseil fédéral a adopté en janvier 2013 la stratégie «Santé2020». Celle-ci vise à garantir la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à optimiser la transparence en appliquant diverses mesures dans tous les domaines du système de santé. La mise en œuvre de ces mesures se fera progressivement, en collaboration avec les principaux acteurs impliqués, afin que le système suisse de santé puisse relever de façon optimale les défis à venir tout en restant financièrement supportable.

Le rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé[3] a montré qu'un profond écart se creuse en Suisse entre les besoins en personnel pour les soins et les diplômes attendus à moyen terme dans le domaine. En adoptant le plan directeur «Formation aux professions des soins», la Confédération, les cantons et les organisations du monde du travail ont créé une plate-forme avec laquelle ils coordonnent et mettent en œuvre des mesures en vue d'augmenter le nombre de diplômes décernés en Suisse. Le rapport final «Masterplan Formation aux professions des soins[4]», établi en réponse aux postulats Heim 10.3127 et 10.3128 et à la motion du groupe PDC 11.3889 et approuvé le 3 février 2016 par le Conseil fédéral, montre que l'attrait et le nombre des diplômes de formation décernés en Suisse dans le domaine des soins ont augmenté. Ainsi, le nombre de diplômes de formation professionnelle initiale décernés chaque année augmente de manière continue: depuis 2007, il a plus que doublé. En outre, les bases légales existent pour l'encouragement des places de formation en entreprise. L'intégration des professions des soins dans le système de formation a également été une réussite. Les formations vont de la formation professionnelle initiale de deux ans avec attestation fédérale aux filières de baccalauréat et de maîtrise universitaires (bachelor et master) dans les hautes écoles spécialisées en passant par les offres de formation professionnelle supérieure. Cette diversité des formations permet de tenir compte des besoins des institutions du domaine de la santé en personnel qualifié. Le suivi permanent des effectifs et du nombre de personnes qualifiées étrangères de même que le calcul des besoins de relève permettent de piloter le domaine de la formation en fonction des besoins.

3 CDS-GDK OdA-Santé, Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé, 2009. Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante: www.gdk-cds.ch > Documentation > Rapports > Besoin en personnel > Rapport national.

4 Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante: www.sefri.admin.ch > Thèmes > Formation professionnelle > Formations dans le domaine de la santé > Masterplan «Formation aux professions des soins».

Le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) examineront d'autres mesures d'ici à l'automne 2016, en s'appuyant sur les travaux du plan directeur et sur l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié. Ces mesures touchent notamment l'accroissement de la durée d'exercice des professions des soins, la facilitation du recrutement tardif ainsi que le retour en emploi dans le domaine des soins et l'augmentation du nombre de diplômes dans ce domaine.

L'une des mesures prévue dans la stratégie «Santé2020» est l'élaboration d'une loi fédérale sur les professions de la santé. Le Conseil fédéral a adopté le message[5] le 18 novembre 2015. Cette loi vise à promouvoir la qualité des formations dans les professions de la santé, désormais enseignées dans les HES, et à garantir que les compétences transmises dans les filières de formation coïncident avec les besoins du système de santé. L'attrait de ces formations HES dans les professions de la santé sera ainsi renforcé. Comme le risque de mettre les patients en danger est grand dans ces professions, le projet prévoit un régime d'autorisation pour l'exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle, avec des conditions préalables et des devoirs professionnels définis de manière exhaustive. L'autorisation d'exercer la profession sera du ressort des cantons. Ils règleront en particulier le titre requis, les devoirs professionnels et les mesures disciplinaires. Notons que les infirmiers ne pratiquent pas sous leur propre responsabilité professionnelle s'ils sont soumis à la surveillance d'un professionnel du même corps de métier. Ces professionnels peuvent être des personnes indépendantes ou des cadres employés dans des institutions: ce sont eux qui assument alors la responsabilité professionnelle de l'exercice de la profession pour les collaborateurs placés sous leurs ordres. Ce report de la responsabilité professionnelle n'a cependant pas d'effet direct sur la possibilité, visée par l'initiative parlementaire, de fournir des prestations de soins de base à la charge de l'assurance-maladie.

Les mesures évoquées ci-dessus visent à garantir un personnel de santé qualifié en plus grand nombre et à renforcer l'attrait des professions des soins. Elles permettent ainsi déjà d'atteindre des objectifs essentiels de l'initiative.

La stratégie «Santé2020» prévoit par ailleurs d'encourager la coordination des soins en vue d'optimiser la qualité du traitement, ce qui, de l'avis du Conseil fédéral, ne peut être atteint par la présente initiative parlementaire (cf. ch. 2.3).

Le lancement du programme d'encouragement «Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017–2021» est par ailleurs en cours. Décidé par le Conseil fédéral le 4 mars 2016, ce programme constitue une des mesures de l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié. Il a pour objectif d'augmenter l'efficience et la qualité des soins ainsi que la durée d'exercice de la profession par le personnel qualifié en renforçant la collaboration interprofessionnelle et de contribuer ainsi à endiguer la pénurie de personnel qualifié. Le programme prévoit notamment d'encourager les études scientifiques et les projets dans les domaines de la formation et de l'exercice de la profession. Toutes les mesures d'encouragement seront mises en œuvre en étroite collaboration par le DFI, le DEFR (Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation, Secrétariat d'État à l'économie) et les diffé-

5 FF **2015** 7925

rentes associations de fournisseurs de prestations. La direction stratégique du programme veillera à ce qu'elles tiennent compte des activités en cours et de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons.

2.2 Les fournisseurs de prestations dans le système de la LAMal

La LAMal distingue actuellement les fournisseurs de prestations qui pratiquent directement à la charge de l'AOS des personnes qui fournissent des prestations pour leur propre compte sur mandat ou sur prescription d'un médecin:

- Pratiquent à la charge de l'AOS, aux termes de l'art. 35, al. 2, LAMal, entre autres, les médecins, les chiropraticiens, les sages-femmes, les hôpitaux, les maisons de naissance, les établissements médico-sociaux, les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins, ainsi que les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical et les organisations qui les emploient.
- Les personnes qui fournissent des prestations sur prescription médicale sont désignées pour leur part à l'art. 46 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)[6]. Il s'agit, outre les infirmiers, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des logopédistes et des diététiciens. Les organisations employant des personnes qui fournissent des prestations sur mandat ou sur prescription d'un médecin peuvent aussi fournir des prestations sur prescription ou sur mandat médical en vertu de l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal. Les conditions auxquelles ces organisations peuvent fournir des prestations à la charge de l'AOS sont précisées aux art. 51 à 52*b* OAMal. Les infirmiers sont notamment employés par les organisations d'aide et de soins à domicile. Comme dans un hôpital ou un EMS, c'est l'organisation qui emploie l'infirmier qui revêt la fonction de fournisseur de prestations vis-à-vis de l'AOS.

Dans son message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie[7], le Conseil fédéral s'est exprimé en ces termes sur le rôle du médecin: «Ces traitements doivent, comme aujourd'hui, être prodigués sous la direction et la surveillance du médecin qui occupe, à cet égard, une ‹fonction charnière› puisqu'il est appelé à fournir, sous une forme appropriée et optimale, les soins nécessaires […]. Il peut et devra agir ainsi en collaborant de manière judicieuse avec les autres fournisseurs de prestations. Comme c'est déjà le cas actuellement, le chiropraticien devra procéder de façon semblable, sous une forme qui correspond à son champ d'activité […]. En revanche, les personnes appartenant aux professions que l'on appelle paramédicales, en particulier celles prodiguant des soins hors de l'hôpital et à domicile [aujourd'hui: soins ambulatoires ou à domicile] – lesquelles ne sont intentionnellement pas énumérées de manière exhaustive dans la loi – ne pourront, comme aujourd'hui, dispenser des soins à la charge de l'assurance-maladie sociale que sur

6 RS **832.102**
7 FF **1992** I 77, 145 s.

prescription médicale. L'on cherche ainsi à coordonner au mieux le diagnostic et la thérapie, ce qui permet de garantir la qualité et le caractère économique des prestations et ce qui est, en définitive, dans l'intérêt des assurés et des patients». Les Chambres fédérales ont adopté la révision proposée par le Conseil fédéral.

L'initiative parlementaire permettrait aux infirmiers de fournir les mesures d'évaluation, de conseils et de coordination ainsi que les soins de base à titre indépendant et sans prescription médicale, tandis que les traitements continueraient de nécessiter la prescription d'un médecin. Les infirmiers pourraient donc pratiquer à titre indépendant comme les médecins et les chiropraticiens et facturer à la charge de l'AOS dans certains domaines. Le système de la LAMal en serait modifié en profondeur, puisque la fonction charnière exercée en majorité par les médecins passerait en partie aux infirmiers. Le nombre de personnes remplissant une fonction de coordination augmenterait donc fortement. Les chiffres suivants permettent de prendre la mesure du changement: en 2014, le registre des professions médicales recensait quelque 30 000 médecins avec autorisation de pratiquer, contre quelque 14 000 infirmiers dans le secteur de l'aide et des soins à domicile d'après la statistique de l'aide et des soins à domicile 2014[8] de l'Office fédéral de la statistique (OFS), quelque 18 000 infirmiers en EMS d'après la statistique des institutions médico-sociales 2014[9] de l'OFS et quelque 85 000 infirmiers dans les hôpitaux d'après la statistique des hôpitaux 2014[10] de l'OFS.

2.3 Encouragement de la coordination des soins: mesures en cours

Les patients qui souffrent de plusieurs maladies consultent souvent de nombreux spécialistes. Ceux-ci les traitent selon la perspective de leur spécialité, d'où un manque fréquent de coordination des prestations. Ainsi les transferts (par ex., entre un traitement hospitalier et des soins ambulatoires à domicile) ne sont pas organisés de façon optimale. Au bout du compte, le manque de coordination entre les traitements peut nuire à la qualité des soins: par excès, par insuffisance ou par inadéquation des soins. En présentant le projet de réseaux de soins intégrés (*managed care*), le Conseil fédéral et le Parlement entendaient créer un cadre plus attrayant pour les soins intégrés[11]. Le projet ayant été rejeté lors de la votation populaire du 17 juin 2012, d'autres approches visant à améliorer le cadre régissant la coordination des soins tout au long de la prise en charge des patients doivent être explorées.

8 OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2014 – Données détaillées, Tableau 11.1. Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.statistique.ch > Thèmes > 14 – Santé > Prestataires de services et personnels de santé > Aide et soins à domicile > Données détaillées.

9 OFS, Statistique des institutions médico-sociales 2014 – Tableaux standard provisoire 2014, Tableau 7-A. Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.statistique.ch > Thèmes > 14 – Santé > Prestataires de service et personnels de santé > Institutions médico-sociales > Données détaillées.

10 OFS, Statistique des hôpitaux: tableaux standard provisoires 2014, Tableau B1. Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.statistique.ch > Thèmes > 14 – Santé > Prestataires de service et personnels de santé > Hôpitaux > Données détaillées.

11 FF 2011 6849

Un premier pas dans cette direction a été fait avec le plan directeur «Médecine de famille» lancé en 2012. Celui-ci avait notamment pour objectif de renforcer la médecine de famille et les soins médicaux de base, afin de garantir des soins de base de qualité accessibles à tous. L'achèvement du plan directeur et l'adoption du nouvel art. 117*a* de la Constitution[12] relatif aux soins médicaux de base ont conduit à la création du Forum Médecine de base le 6 octobre 2015. Celui-ci permet à la Confédération et aux cantons d'avoir des échanges réguliers avec de nombreux acteurs du domaine de la santé et de fixer les priorités communes pour l'évolution de l'offre sanitaire.

Le plan directeur avait en outre pour objectif d'encourager de nouveaux modèles de soins, caractérisés par une collaboration efficiente et coordonnée. Aussi le Conseil fédéral a-t-il lancé, début 2016, le programme national de recherche «Un système de santé mieux adapté aux défis à venir», doté de 20 millions de francs, qui a pour but de recueillir des informations sur la structure des soins de santé en Suisse et sur le recours à ces soins. L'optimisation de l'attribution des ressources moyennant une diminution des recours excessifs ou insuffisants aux prestations constitue le point central du programme. La prévention et le traitement des maladies multiples et des maladies chroniques constituent une autre thématique prioritaire. Enfin, ce programme de recherche doit contribuer à améliorer la disponibilité, l'appariement et la comparabilité des données médicales.

Le programme d'encouragement «Interprofessionnalité dans le système de santé 2017–2021» (cf. ch. 2.1), a lui aussi pour but d'améliorer la coordination des prestations de santé et d'augmenter ainsi la qualité et l'efficience de celles-ci.

L'encouragement des soins coordonnés est d'autant plus important que le nombre de patients nécessitant des traitements intensifs et coûteux va s'accroître: il y aura dans les années qui viennent davantage de personnes âgées, les possibilités de traitement ne cessent d'augmenter en raison des progrès médico-techniques et les patients gravement malades restent en vie plus longtemps.

L'encouragement des soins coordonnés constitue de ce fait une des mesures centrales de la stratégie «Santé2020» (objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»). Là aussi, l'accent est mis sur la personne et son bien-être: il s'agit de garantir ou d'améliorer la qualité de vie.

La coordination des soins désigne l'ensemble des procédures qui servent à améliorer la qualité du traitement des patients tout au long de la chaîne de traitement, y compris les questions de prévention lorsqu'elles sont judicieuses. Autrement dit, le patient doit être au centre du processus et l'intégration et la coordination doivent se faire tout au long de la prise en charge. Le renforcement de la coordination des soins doit donc aboutir à une utilisation mieux ciblée des ressources en personnel et de l'infrastructure. Plusieurs projets s'inscrivant dans le cadre de la stratégie «Santé2020» ont déjà intégré la question de la coordination pour certains groupes de patients (stratégie contre le cancer, stratégie en matière de démence, stratégie en matière de soins palliatifs, concept maladies rares). D'autres visent expressément à soutenir la coordination des processus de traitement par des instruments de commu-

12 RS **101**

nication appropriés (eMédication, dossier électronique du patient, soutien numérique des processus de traitement). Ainsi, après une première discussion avec les cantons en mai 2014 dans le cadre du Dialogue Politique nationale de la santé, la 2e Conférence nationale «Santé2020» tenue en janvier 2015 avait pour thème la coordination des soins. Différentes études avaient été menées au préalable afin de mieux cerner les patients nécessitant des prestations intensives et coûteuses; un sondage en ligne a également été mené auprès des participants à la conférence sur les transitions entre fournisseurs de prestations qui appellent une attention toute particulière, sur les mesures possibles et sur les enjeux actuels. Sur la base de ces travaux, quatre groupes de patients nécessitant des prestations intensives et un gros travail de coordination, et pour lesquels les besoins se font particulièrement sentir, ont été identifiés: les personnes âgées fragiles, les malades chroniques (multimorbidité comprise), les malades psychiques et les patients atteints d'un cancer.

Les travaux d'encouragement de la coordination des soins vont se poursuivre sur trois axes, dans le respect du partage des compétences entre la Confédération et les cantons et dans le respect du principe de l'équivalence:

- lancer des mesures pour des groupes de patients spécifiques qui recourent à de nombreuses et complexes prestations de santé;
- améliorer le cadre général (par ex. dans les domaines de la formation, du dossier électronique du patient et du financement);
- définir des priorités pour les activités et les projets d'encouragement de la coordination des soins s'inscrivant dans les stratégies et mesures de la stratégie «Santé2020» (par ex. soins palliatifs, démence, qualité, maladies non transmissibles).

Le Conseil fédéral estime que les mesures évoquées ci-dessus, qui s'ajoutent à celles prises dans le domaine des professions de la santé, sont plus adéquates pour optimiser les processus tout au long de la chaîne de traitement que la modification des dispositions régissant la compétence de fournir des prestations telle que prévue dans le projet de la CSSS-N.

2.4 Risque d'augmentation des coûts et des quantités

Un grand nombre de cantons et les assureurs ont émis un avis critique sur l'augmentation du volume des prestations et les conséquences financières qui résulteraient de l'avant-projet proposé par la CSSS-N. Le Conseil fédéral partage ces réserves. Il part du principe que la mise en œuvre du projet augmenterait considérablement les charges pour l'AOS. La validité limitée de la nouvelle disposition, l'introduction de la liberté de contracter et l'admission en fonction des besoins, telles que proposées dans le projet, ne permettraient pas de compenser cette augmentation.

Avec les nouvelles dispositions proposées, une prescription médicale ne serait plus nécessaire pour les soins de base ni pour l'évaluation, les conseils et la coordination, tant pour les soins en EMS que pour les soins ambulatoires. Les fournisseurs de prestations concernés pourraient donc fournir et facturer eux-mêmes les prestations. Sous l'angle économique, cette situation crée une incitation à augmenter le volume

des prestations. On le voit par exemple avec les prestations médicales: dans la structure tarifaire TARMED, celles-ci ne sont plus toujours évaluées de façon appropriée. Corriger de telles incitations s'avère en règle générale extrêmement difficile (voir à ce sujet l'adaptation de la structure tarifaire TARMED dans l'ordonnance du 20 juin 2014 sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie[13] et le message du 18 février 2015 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [Pilotage du domaine ambulatoire][14]).

Soins dispensés dans les établissements médico-sociaux

Dans les EMS, l'incitation à augmenter le volume des prestations dans les domaines de l'évaluation, des conseils et de la coordination ainsi que des soins de base est relativement faible: l'AOS rembourse une contribution par jour en fonction du niveau de soins requis par le patient, mais indépendamment du type de prestations visées par la LAMal. Si davantage de prestations de soins de base ainsi que d'évaluation, de conseils et de coordination sont fournis, les coûts à la charge de l'AOS n'augmentent pas automatiquement: ils augmententuniquement si le patient est attribué à un niveau de soins plus élevé. Il pourrait donc y avoir des frais supplémentaires pour l'AOS si les infirmiers tendent à attribuer les patients à des niveaux de soins plus élevés dès lors qu'ils n'ont plus besoin de l'accord du médecin.

En 2014, l'AOS a payé environ 1,8 milliard de francs pour des prestations brutes de soins en établissement médico-social[15]. L'association faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale, Santésuisse, estime que le projet entraînerait des coûts supplémentaires de l'ordre de 30 millions de francs par an pour le secteur des soins en EMS[16], en se fondant sur l'hypothèse que les contributions passeraient au niveau de soins supérieur pour 10 % des patients (de 54 francs par jour pour le niveau 6, auquel les résidents d'EMS sont attribués en moyenne, à 63 francs par jour pour le niveau 7). Ces chiffres ne tiennent pas compte de la hausse prévisible des coûts ces prochaines années, indépendamment du projet, en raison des évolutions sur les plans médical, démographique et social et en matière de politique de la santé. Le Conseil fédéral juge les calculs de Santésuisse réalistes. Une telle augmentation des coûts serait mise à la charge de l'AOS et aurait nécessairement des conséquences sur le niveau des primes. Le projet pourrait entraîner encore d'autres coûts supplémentaires pour les patients (frais de soins non couverts par les assurances sociales, au maximum 20 % de la contribution maximale aux soins fixée par le Conseil fédéral) et surtout pour les cantons, qui doivent financer les frais résiduels.

Il n'est pas possible d'affirmer que le projet débouchera effectivement sur ces conséquences financières, même si le Conseil fédéral les juge plausibles. S'agissant des EMS, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publie aussi bien un baromètre

13 RS **832.102.5**
14 FF **2015** 2109
15 Office fédéral de la santé publique, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2014, tableau 2.17. Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Statistiques.
16 Avis du 30 juin 2015 de Santésuisse, let. C

des coûts par assuré[17] que des chiffres-clés portant sur des aspects des soins et sur les finances[18]. Une évolution notable touchant les coûts et le personnel serait donc rapidement visible.

Soins ambulatoires

La contribution de l'AOS aux prestations des infirmiers qui pratiquent à titre indépendant et des organisations d'aide et de soins à domicile qui emploient des infirmiers se calcule d'après le nombre d'heures fournies. Sous l'angle économique, ces fournisseurs de prestations sont fortement incités à dispenser le plus de prestations possible, étant donné que les coûts à la charge de l'AOS (et les coûts pour les cantons, puisqu'ils doivent assumer le financement des frais résiduels) augmentent pour chaque heure consacrée à l'évaluation, aux conseils et à la coordination ainsi qu'aux soins de base. Le projet devrait donc créer de nouvelles possibilités de gains pour les infirmiers indépendants et pour les organisations d'aide et de soins à domicile: à la demande des personnes qui estiment avoir besoin de soins, un infirmier évaluera ce besoin et, le cas échéant, fournira la prestation lui-même. Si les infirmiers ont un accès direct au patient, c'est le professionnel qui pose le diagnostic de soins qui décidera de la nécessité des soins et de la nature et de la quantité des prestations qu'il fournira dans le cadre des prestations définies dans l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins, sans qu'un médecin doive être consulté. Le baromètre des coûts de l'OFSP porte sur le secteur ambulatoire (organisations d'aide et de soins à domicile), mais n'inclut pas les infirmiers indépendants. Les effets du projet sur les coûts de l'AOS dans ce domaine ne pourraient donc être suivis dans leur intégralité.

À l'heure actuelle, le contrôle des factures des infirmiers indépendants se fait principalement par échantillonnage. Si des prestations de soins sont fournies selon leur propre appréciation et sans faire appel à un médecin, ce type de contrôle ne permettrait pas de constater à temps une évolution indésirable. Un changement de pratique des assureurs serait donc indiqué dans ce domaine au moins.

En 2014, l'AOS a payé des prestations brutes pour environ 736 millions de francs pour des soins à domicile dispensés par des infirmiers indépendants et par des organisations d'aide et de soins à domicile qui emploient des infirmiers[19].

La statistique de l'aide et des soins à domicile établie par l'OFS permet de faire l'estimation suivante: en 2014, 12 639 887 heures de soins à domicile et de soins

17 Le baromètre de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Statistiques > Représentations graphiques > Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.

18 Les chiffres-clés pour les EMS peuvent être consultés à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Statistiques > EMS > Chiffres-clés.

19 OFSP, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, tableau 2.17. Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Sssurance-maladie > Statistiques.

ambulatoires ont été facturées à l'AOS pour 225 660 clients[20]. On peut en tirer deux enseignements:

- en moyenne suisse, 56 heures de soins de base et de traitement ainsi que de prestations d'évaluation, de conseils et de coordination ont été fournies par client[21];
- en moyenne suisse, sur 1000 habitants, 28 personnes ont recouru à des prestations de soins à domicile ou de soins ambulatoires[22].

Par ailleurs, 60 % des heures facturées à la charge de l'AOS concernent les soins de base et 7 % les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination[23]. Pour les prestations de soins de base, l'AOS verse une contribution de 55 francs par heure contre 80 francs par heure pour les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination. Pour chaque patient qui a besoin de prestations d'évaluation, de conseils et de coordination ainsi que de soins de base, l'AOS verse en moyenne quelque 2200 francs par an (60 % × 56 heures × 55 francs + 7 % × 56 heures × 80 francs). La contribution maximale du patient aux soins ne varie pas. Les cantons doivent régler le financement résiduel. Ce dernier devrait s'élever à 30 % environ des coûts supportés par l'AOS (donc environ 660 francs par patient)[24]. Dans l'hypothèse où le nombre de clients des soins à domicile augmente de 10 % parce que les infirmiers peuvent être contactés directement, l'AOS devrait supporter quelque 50 millions de francs supplémentaires (2200 francs × 225 660 clients × 10 %) et les cantons quelque 15 millions de francs (660 francs × 225 660 clients × 10 ou 30 % × 50 millions). À titre de comparaison, Santésuisse estime que la hausse des coûts serait de 20 à 100 millions de francs par an pour le secteur ambulatoire, en partant de l'hypothèse que ⅔ à ¾ environ des prestations brutes de l'AOS (671 millions de francs en 2013) pour les soins à domicile sont des prestations de soins de base ainsi que des prestations d'évaluation, de conseils et de coordination: si ces prestations sont facturées sans prescription médicale, il faut s'attendre à une augmentation des coûts de 5 à 20 % (⅔ × 671 millions × 5 % = 22 millions; ¾ × 671 millions × 20 % = 101 millions). Avec les chiffres de 2014 (prestations brutes AOS de 736 millions de francs) et le même mode de calcul, on arrive à une augmentation des coûts de 25 à 110 millions de francs. Ces chiffres ne tiennent pas compte, eux non plus, de la hausse prévisible des coûts ces prochaines années, indépendamment du projet, en raison des évolutions sur les plans médical, démographique et social et en matière de politique de la santé[25].

Plus de 58 % des heures de soins à domicile ou ambulatoires sont fournies à des personnes de plus de 80 ans, et 24 % à des personnes ayant entre 65 et 80 ans[26]. Même sans une extension du volume des prestations due à l'offre, l'augmentation du

20 OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2014, tableau 12.1. Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.statistique.admin.ch > Thèmes > 14 Santé > Prestataires de services et personnels de santé > Aide et soins à domicile.
21 OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2014, tableau 7.7
22 OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2014, tableau 7.9
23 OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2014, tableau 12.1
24 OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2014, tableau 15.2
25 Avis du 30 juin 2015 de Santésuisse, ch. C
26 OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2014, tableau 12.1

nombre de personnes nécessitant des soins en raison de l'évolution démographique représentera un défi considérable pour la viabilité financière de l'AOS et pour les ménages. Au surplus, comme une grande partie des cantons ont fondé leur stratégie en matière de soins de longue durée sur le principe de la primauté des soins ambulatoires par rapport aux soins hospitaliers[27], il faut s'attendre à ce que le besoin en soins de base à domicile continue d'augmenter. Par conséquent, les estimations qui précèdent devraient se situer au bas de la fourchette et l'augmentation des coûts pourrait être nettement plus forte.

Il faut toutefois relever que le projet recèle certainement un potentiel d'économies grâce aux doublons qu'il permettrait d'éviter. Le Conseil fédéral est donc disposé, dans les limites du cadre fixé par la loi, à étudier des simplifications d'ordre administratif afin de réduire la charge administrative du personnel soignant.

2.5 Éviter un précédent

Si le projet est accepté, d'autres professions médico-thérapeutiques, par ex. dans les domaines de la physiothérapie, de l'ergothérapie ou de la logopédie, seront probablement incitées à présenter des demandes similaires. Différents acteurs (dont Santésuisse) ont également relevé ce risque au cours de la consultation. Il en résulterait une augmentation effrénée du volume des prestations, augmentation qu'il serait pratiquement impossible de contenir.

2.6 Rejet de la liberté de contracter partielle

Une des mesures prévue par le projet pour limiter les effets sur les quantités de prestations, et par conséquent sur les primes, consiste à faire obligation aux infirmiers qui souhaitent pouvoir facturer directement leurs prestations de conclure des conventions avec un ou plusieurs assureurs (art. 40*a* du projet). Cette disposition créerait une rupture par rapport à la situation actuelle, qui impose l'obligation de contracter aux assureurs dès lors que les fournisseurs de prestations remplissent les conditions prévues aux art. 36 à 40 LAMal. La levée (en l'occurrence partielle) de l'obligation de contracter suscite le scepticisme du Conseil fédéral. Il l'a d'ailleurs confirmé en recommandant le 29 mai 2013 de rejeter la motion 13.3265 Stahl «Contre-proposition à la limitation de l'admission de médecins». La suppression de l'obligation de contracter a par ailleurs déjà été écartée à plusieurs reprises par le Parlement (rejet des motions 08.3929 Forster-Vannini «Remplacement du gel des admissions de fournisseurs de prestations médicales par une solution libérale et pragmatique» et 12.3638 Gutzwiller «LAMal. Introduire la liberté de contracter», non-entrée en matière sur le projet du Conseil fédéral relatif à la liberté de contrac-

27 Observatoire suisse de la santé, Rapport 69 «Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions» (2016). Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante: www.obsan.admin.ch > Thèmes de santé > Âge et soins de longue durée > Soins de longue durée.

ter[28] et rejet de la motion 13.3265 Stahl «Contre-proposition à la limitation de l'admission de médecins»). La crainte que la sélection par les assureurs des fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS n'entraîne la suppression du libre choix du fournisseur de prestations a également été un élément déterminant du rejet par le peuple du projet de réseau de soins intégrés[29] le 17 juin 2012. Une solution à long terme devant être trouvée pour prendre le relais de l'art. 55*a* LAMal (limité au 30 juin 2016), le Conseil fédéral a mené des tables rondes le 2 septembre 2013 et le 11 février 2014 avec les principaux partenaires intéressés afin d'évaluer différentes pistes. Ces discussions ont confirmé que la liberté de contracter, sous diverses formes, n'est pas susceptible de réunir une majorité. Relevons que cette question est actuellement traitée par le Parlement. En effet, les débats ouverts à la suite du rejet par le Parlement le 18 décembre 2015 du projet relatif au pilotage du domaine ambulatoire (message du 24 mars 2015 concernant la modification de la LAMal[30]) ont amené le Conseil fédéral à examiner divers scénarios. Celui-ci a notamment été chargé par le postulat 16.3000 de la CSSS-E «Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins» d'évaluer «la possibilité pour les assureurs de ne pas conclure de convention avec certains prestataires, si ceux-ci appartiennent à une catégorie dans laquelle le nombre de prestataires excède [une] limite supérieure fixée par le Conseil fédéral». Dès lors, compte tenu des prochaines discussions et des probables évolutions dans ce domaine, le Conseil fédéral ne juge pas judicieux de changer les règles pour une seule catégorie de professionnels de la santé. Il préfère opter pour un examen complet et circonstancié de cette possibilité et d'y intégrer la question des infirmiers.

2.7 Effets de la limitation de l'admission selon les besoins

En vertu de l'art. 55*a* LAMal, le Conseil fédéral peut, jusqu'au 30 juin 2016, faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans leur cabinet, au sein d'une institution ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital. Le projet étendrait cette limitation des admissions aux infirmiers qui exercent une activité dépendante ou indépendante et à ceux qui exercent leur profession au sein d'une organisation visée à l'art. 35, al. 2, let. d^{bis}, du projet ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39 LAMal. Étendre la limitation des admissions aux personnes citées répond certes à une certaine logique, puisqu'elle permettrait de freiner l'évolution des coûts pour les prestations fournies à titre indépendant. Cependant, comme indiqué ci-dessus, cette mesure est limitée dans le temps et si l'initiative 16.401 de la CSSS-N «Prolongation de la validité de l'art. 55*a* LAMal» échoue, la mesure visant à limiter l'augmentation du volume des prestations prendra fin le 1er juillet 2016.

28 FF **2004** 4055
29 FF **2011** 6849
30 FF **2015** 2109

3 Proposition du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral est conscient de l'importance des infirmiers pour le bon fonctionnement du système de santé. Différentes mesures ont déjà été mises en place dans le cadre du plan directeur «Formation aux professions des soins», du projet de loi sur les professions de la santé et des activités d'encouragement de l'interprofessionnalité afin de garantir un personnel soignant qualifié et en suffisance et afin d'accroître l'attrait des professions des soins. Le Conseil fédéral considère néanmoins que permettre à davantage de groupes professionnels de facturer directement leurs prestations à l'AOS sans avoir élaboré des solutions pour améliorer la coordination et mettre en place un pilotage à long terme serait une erreur. Même s'il prévoit des mesures d'accompagnement, le projet risquerait en particulier de faire augmenter les coûts à la charge de l'AOS. La stratégie fédérale «Santé2020» devrait au contraire permettre d'éliminer les effets pervers qui aboutissent à une augmentation du volume des prestations et de promouvoir de nouveaux modèles de soins qui optimisent la qualité des traitements tout au long de la chaîne de traitement.

Le Conseil fédéral propose donc au Parlement de ne pas entrer en matière sur la modification de la LAMal proposée par la CSSS-N dans le cadre du traitement de l'initiative parlementaire 11.418 «LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant» ou, subsidiairement, de la rejeter. La proposition de minorité relative aux art. 25*a*, al. 2, et art. 33, al. 1bis, LAMal, qui vise à ce que les soins aigus et de transition soient prescrits conjointement par un médecin et un professionnel de soins, ne change rien, fondamentalement, à l'avis du Conseil fédéral: le processus de prescription commune, en particulier, n'est pas défini, et la procédure à suivre en cas de divergence entre le corps médical et les infirmiers n'est pas claire non plus.