



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

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous soumettons un projet de modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹, que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La commission propose d'adopter le projet d'acte ci-joint.

22 janvier 2016

Pour la commission:

Le président, Ignazio Cassis

¹ RS 832.10

Condensé

Le texte proposé pour la révision de la loi prévoit une revalorisation du statut professionnel des infirmières et des infirmiers, visant à améliorer l'image depuis bien longtemps obsolète selon laquelle ces derniers ne seraient que des auxiliaires. Il s'agit ainsi de mieux prendre en considération leurs compétences spécifiques et de renforcer le rôle qu'ils jouent dans un système de soins axé sur les patients.

Désormais, le personnel infirmier ne doit plus être tenu de fournir une partie des prestations de soins, soit les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination et les soins de base (y c. les soins de base psychiatriques) sur prescription ou sur mandat d'un médecin; ils doivent au contraire pouvoir accéder directement aux patients, qu'il s'agisse d'infirmiers ou d'infirmières exerçant leur activité à titre indépendant et à leur propre compte ou de personnel infirmier engagé par un hôpital, un établissement médico-social (EMS) ou une organisation de soins et d'aide à domicile. Les soins de traitement, en revanche, continuent d'être dispensés sur prescription ou sur mandat d'un médecin. Le Conseil fédéral définit les prestations. Cette revalorisation doit contribuer à améliorer l'attrait des professions de la santé, à faciliter le recrutement de jeunes professionnels et les reconversions et à prolonger la durée pendant laquelle le personnel soignant qualifié reste actif dans le métier.

Pour ces raisons, les infirmiers doivent expressément figurer dans la liste des fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 2, LAMal. Les autres dispositions relatives au personnel infirmier doivent également être adaptées, de même que les dispositions correspondantes au niveau de l'ordonnance. Il convient également de clarifier au niveau de l'ordonnance les questions relatives à la mise en œuvre, notamment les compétences et les diplômes nécessaires. D'autres questions, telles que le contrôle du caractère économique des prestations de soins, doivent être examinées par les partenaires tarifaires.

Vu qu'on ne peut exclure une augmentation du volume des prestations et, partant, des coûts et des primes en raison de la nouvelle réglementation, des mesures d'accompagnement sont prévues: la compétence – actuellement limitée au 30 juin 2016 – des cantons concernant l'admission des fournisseurs de prestations en fonction du besoin doit être étendue au personnel infirmier. De plus, les infirmiers doivent pouvoir facturer directement leurs prestations uniquement aux assureurs avec lesquels ils ont pu, au préalable, conclure un contrat d'admission.

Cinq ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, le Conseil fédéral doit remettre au Parlement un rapport portant particulièrement sur les conséquences économiques. De plus, par mesure de précaution, il est prévu de limiter à six ans la durée de validité des modifications.

Rapport

1 Genèse du projet

Le 16 mars 2011, le conseiller national Rudolf Joder (UDC, BE) a déposé une initiative parlementaire libellée ainsi: «La LAMal sera modifiée de sorte qu'une distinction soit établie entre les prestations de soins de santé et de soins infirmiers qui sont fournis sur ordre d'un médecin et celles qui relèvent de la responsabilité du personnel soignant; on définira plus précisément quelles prestations doivent être fournies sur ordre d'un médecin et lesquelles peuvent être fournies de manière autonome par le personnel soignant.» L'auteur de l'initiative a notamment avancé les arguments suivants: en raison du vieillissement croissant de la population et du caractère chronique de nombreuses maladies, l'importance des soins est appelée à augmenter considérablement. De plus, depuis l'introduction de la rémunération forfaitaire par cas, les patients rentrent plus rapidement chez eux et ont besoin de soins particulièrement qualifiés. Parallèlement, on constate une pénurie de personnel soignant. L'auteur estime qu'accorder plus d'autonomie au personnel soignant accroîtrait l'attrait du métier, faciliterait le recrutement de jeunes professionnels et contribuerait à ce que le personnel soignant qualifié ne quitte pas prématurément le métier. Il précise que la réglementation proposée contribuera à réduire les dépenses sans augmenter le volume des prestations.

Le 2 février 2012, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donné suite à l'initiative parlementaire par 20 voix contre 0 et 2 abstentions. Le 16 avril 2012, son homologue du Conseil des Etats (CSSS-E) s'est ralliée à cette décision par 9 voix contre 0 et 2 abstentions.

Le 29 juin 2012, la CSSS-N a chargé sa sous-commission LAMal² d'élaborer un projet d'acte. Après avoir préparé une audition à sa séance du 29 août 2012, la sous-commission a entendu des représentants des sciences infirmières, des professions des soins et des médecins de famille le 9 janvier 2013. Les 22 mai, 9 octobre et 13 novembre 2013 ainsi que le 21 mai 2014, elle a débattu d'une modification de la LAMal et préparé un avant-projet en ce sens; pour ce faire, elle a été secondée par des experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), conformément à l'art. 112, al. 1, LParl³. Lors de ses séances du 13 août et 15 octobre 2014 ainsi que du 23 janvier 2015, la CSSS-N a débattu de l'avant-projet. Le 15 avril 2015, elle a examiné le rapport explicatif et décidé de lancer une procédure de consultation. Le 22 janvier 2016, elle a pris acte des résultats de la consultation et a approuvé le présent rapport et le projet d'acte ci-joint par 17 voix contre 5 et 2 abstentions.

² Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert.

³ RS 171.10

2 Contexte

2.1 Infirmières et infirmiers

2.1.1 Généralités sur la systématique de la formation des professions de la santé

La révision totale de la Constitution fédérale de 1999 a entraîné le transfert de tous les domaines de la formation professionnelle dans la sphère de compétence de la Confédération. L'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr) en 2004 et la révision partielle de la loi fédérale sur les hautes écoles spécialisées (LHES) en 2005 ont concrétisé l'intégration des professions de santé également à l'échelon de la loi⁴. En 2006, le peuple et les cantons ont approuvé les nouveaux articles constitutionnels sur la formation, qui prévoient entre autres le pilotage uniforme de l'ensemble du domaine des hautes écoles.

En instaurant de nouvelles compétences et de nouvelles responsabilités, cette révision a donné un nouveau visage à la systématique de la formation. Il existe de nombreuses possibilités de formation et de perfectionnement concernant les métiers de la santé: outre les professions de la formation professionnelle initiale (degré secondaire II, par ex. CFC d'assistant dentaire) et de la formation professionnelle supérieure (degré tertiaire B, par ex. examen fédéral dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins ou ambulancier diplômé d'une école supérieure), on trouve également des offres dans les hautes écoles spécialisées (HES) et les universités (tertiaire A)⁵.

2.1.2 Formations conduisant à la profession d'infirmier ou d'infirmière

La profession d'infirmier ou d'infirmière diplômé/e connaît actuellement deux voies de formation permettant d'y accéder:

- la formation professionnelle en école supérieure (ES, de niveau tertiaire B) conduisant au diplôme d'infirmier diplômé ES ou d'infirmière diplômée ES;
- la formation en haute école spécialisée (HES, de niveau tertiaire A) conduisant au diplôme de Bachelor of Science HES en soins infirmiers.

Deux législations définissent les exigences envers ces formations. D'une part, la loi sur la formation professionnelle⁶ (LFPr) réglemente les filières de formation des écoles supérieures en soins infirmiers. Celles-ci permettent d'obtenir le diplôme

⁴ Depuis 2005, le domaine d'études HES Santé fait partie de la sphère de compétence de la Confédération. Les filières d'études correspondantes offertes par les HES dans les domaines de la santé sont inscrits dans une ordonnance du Département fédéral de l'économie, la formation et la recherche concernant les filières d'études, les titres post-grades et les titres dans les HES du 2 septembre 2005 (RS 414.712).

⁵ De plus amples informations concernant le système suisse de formation des professions de la santé sont disponibles sur www.obsan.ch > Publications > Obsan dossier 24 ou sur www.odasante.ch > Système suisse de formation > schéma avec professions.

⁶ RS 412.10, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004.

d'infirmier ES ou d'infirmière ES. Les compétences que doivent posséder les titulaires de ces diplômes sont précisées dans le plan d'études cadre pour la filière de formation d'infirmière diplômée ES/infirmier diplômé ES, édicté le 4 septembre 2007 par l'OdASanté et la Conférence suisse des formations en soins infirmiers de niveau tertiaire (CSFI), et approuvé le 24 septembre 2007 par l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). Le plan d'études cadre est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008. La version révisée du plan d'études cadre soins infirmiers ES s'applique depuis le 14 février 2011. Selon l'ordonnance du Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) concernant les conditions minimales de reconnaissance des filières de formation et des études post-diplômes des écoles supérieures (OCM ES), le plan d'études cadre doit être «examiné périodiquement et adapté en fonction des développements économiques, technologiques et didactiques» (OCM ES art. 7, al 4).

Extrait du Plan d'études cadre «Soins infirmiers»

Les activités de l'infirmier-ière diplômé-e ES comprennent un large éventail de tâches dans le domaine des prestations de santé, à savoir:

- les soins et l'accompagnement des personnes physiquement et psychologiquement malades ou handicapées dans toutes les phases de la vie et avec différents contextes socioculturels;
- la prévention des maladies et la promotion de la santé;
- la collaboration au développement de stratégies politiques relatives à la promotion de la santé à long terme de la population;
- etc.

Les activités peuvent être réparties de la manière suivante sur la base de la continuité des soins infirmiers:

- maintien et promotion de la santé, prévention,
- maladies aiguës,
- convalescence et réadaptation,
- soins de longue durée,
- soins palliatifs et accompagnement.

L'infirmier/-ière diplômé/-e ES assume la responsabilité professionnelle de l'ensemble du processus de soins ainsi que de l'exécution des tâches organisationnelles et médicotéchniques qui lui sont déléguées. Il/elle travaille de manière efficiente, analytique, systématique, basée sur l'évidence et de manière réfléchie. Il/elle tient compte des principes éthiques et juridiques, de l'état de santé, des besoins et des ressources, de l'âge, du sexe, de la biographie, du style de vie et de l'environnement social des patients, ainsi que de l'environnement culturel, économique et social. [...]

(Source: www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=fr&detail=1&typ=RLP&item=17)

D'autre part, la loi sur les HES⁷ (LHES) réglait les exigences posées à la formation de Bachelor of Science et Master of Science dans les HES. Elle constituait le cadre légal pour le diplôme de Bachelor of Science (BSc.) en soins infirmiers, lequel permet d'exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière. La LHES a été remplacée par la loi fédérale du 30 septembre 2011 sur l'encouragement des hautes écoles et la coordination dans le domaine suisse des hautes écoles (LEHE)⁸, qui met en œuvre le mandat législatif du nouvel art. 63a⁹, Cst. Ce nouvel article constitutionnel engage la Confédération et les cantons à veiller ensemble à la grande qualité, à la compétitivité et à la coordination à l'échelle nationale du domaine des hautes écoles. Toutefois, la LEHE n'a pas pour objectif de définir des exigences en matière de formation. Il est donc judicieux d'élaborer une loi sur les professions de la santé qui régisse les compétences à acquérir dans les filières d'études correspondantes. C'est ce à quoi s'emploie la future loi sur les professions de la santé (LPSan, cf. ch. 2.2).

En attendant cette exigence normative, les curriculums de formation Bachelor des filières santé des HES ont été conçus en s'orientant sur les résultats des travaux de la Conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses (KFH), fruit du mandat de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie¹⁰, présentés dans le rapport *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES*¹¹ (2009). Ce rapport décrit pour chacune des professions de la santé concernée, et donc également pour la profession infirmière, les compétences à transmettre au cours de la formation Bachelor, mais également Master. Celles-ci sont composées de compétences génériques communes aux professions de la santé, ce qui contribue au développement d'une culture de travail interprofessionnelle. Les compétences spécifiques sont également précisées pour chaque groupe professionnel.

2.1.3 Statistiques des diplômes en soins infirmiers

Du point de vue statistique, le tableau 1 permet de suivre l'évolution du nombre de diplômes délivrés dans chacune des voies de formation, à savoir formation professionnelle supérieure ES et formation en Bachelor HES, entre 2010 et 2014.

⁷ RS 414.71, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004.

⁸ RS 414.20, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

⁹ Accepté lors de la votation populaire du 21 mai 2006.

¹⁰ Dès le 1^{er} janvier 2013, dénommé Secrétariat d'Etat à la formation, la recherche et l'innovation(SEFRI).

¹¹ *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES*, C. Ledergerber, J. Mondoux, B. Sottas, KFH, 2009.

Tableau 1

Nombre de diplômes délivrés en filière d'études Soins infirmiers HES et soins infirmiers ES.

	Total	Soins infirmiers Bachelor HES Tertiaire-A	Soins infirmiers ES Tertiaire-B
2010	2290	614	1676
2011	1987	681	1306
2012	1813	704	1109
2013	2202	755	1447
2014	2445	843	1710

Source: OFS, 2015.

2.1.4 Exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et champ de compétence

L'accès à l'exercice des professions de la santé autres non universitaires est actuellement réglé par les législations cantonales. Dans le domaine des soins infirmiers, les dispositions cantonales actuellement en vigueur donnent accès à la profession d'infirmier ou d'infirmière sans distinction de la filière de formation: les diplômés en soins infirmiers Bachelor HES et les titulaires d'un diplôme délivré par une école supérieure (ES) sur la base d'une filière de formation en soins infirmiers reconnue par la Confédération sont actuellement soumis aux mêmes régimes et permettent l'accès à la profession d'infirmier ou d'infirmière.

La sécurité des patients est garantie par le fait que, tout comme les professions médicales universitaires, les infirmiers et les infirmières sont responsables de fournir leurs prestations dans les limites de leurs compétences acquises au cours de la formation et de la formation continue.

De par leur formation, les infirmiers et les infirmières diplômés (que ce soit ES ou Bachelor HES) sont compétents, notamment, pour poser de manière autonome un diagnostic infirmier, évaluer les besoins en soins et prendre les mesures qui s'imposent. Toutefois, ils ne possèdent pas l'habileté ni les compétences pour pouvoir se substituer au médecin au moment de l'établissement d'un diagnostic médical.

2.1.5 Formations de niveau Secondaire II conduisant aux professions actives dans le domaine des soins

Avec l'intégration des professions de la santé dans la systématique suisse de la formation, on a assisté à une diversification des qualifications et à l'apparition de nouvelles professions actives dans le domaine des soins.

Au degré secondaire II, sont désormais offertes plusieurs formations au certificat fédéral de capacité (CFC) en tant que:

- assistant ou assistante en soins et santé communautaires (ASSC);
- assistant socio-éducatif ou assistante socio-éducative (ASE).

Au niveau secondaire II, est également offerte une attestation fédérale de formation professionnelle en tant qu'aide en soins et accompagnement (AFP).

Ces formations conduisent à une activité professionnelle dans le domaine de la santé. Elles sont à distinguer des formations menant à la profession d'infirmier ou d'infirmière diplômé/e.

Leur profil professionnel et champ de compétence sont définis dans des plans d'études cadres, en vertu de la loi sur la formation professionnelle et des ordonnances afférentes¹².

Ces professionnels du degré secondaire II agissent dans leur propre champ de compétences de manière indépendante (au sens professionnel du terme et non en tant que statut économique d'indépendant).

Ils ne sont toutefois pas autorisés à exercer sous leur propre responsabilité professionnelle par les réglementations cantonales actuellement en vigueur.

2.1.6 Statistiques de la profession d'infirmier ou d'infirmière

Le concept général de l'estimation du personnel infirmier en Suisse consiste à additionner les personnes actives dans une activité de soins recensées dans les hôpitaux, les homes médicalisés et les service d'aide et de soins à domicile. Les statistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS) conçues selon le lieu d'activité professionnelle, à savoir les hôpitaux (K+), les institutions socio-médicales (Somed) et les services d'aide et de soins à domicile, recensent des effectifs, mais également des estimations en équivalents plein-temps (EPT).

Les données statistiques à disposition (cf. tableau 2) estiment¹³ à 87 654 personnes, représentant 60 365 EPT, le nombre d'infirmiers et d'infirmières actifs dans le système de santé suisse en 2013. La profession d'infirmier ou d'infirmière est le groupe professionnel le plus important avant les médecins, dont on estime le nombre à 40 000–46 000 personnes. Les hôpitaux sont les principaux employeurs des infirmiers.

¹² Le rapport Obsan *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung, systematische Übersichtsarbeit* (2013) contient une brève description des profils professionnels. Cf. www.obsan.ch > Publications > Obsan dossier 24.

¹³ On parle ici d'estimation car, compte-tenu de la conception des statistiques, on ne peut exclure qu'une personne soit recensée plusieurs fois en cas d'activité partielle multiple: p.ex. si une personne exerce à la fois dans un hôpital et dans l'aide et les soins à domicile, elle sera décomptée deux fois.

Tableau 2

Estimation du personnel infirmier actif dans le système de santé suisse, selon leur lieu d'activité, au 31.12.2013.

	Hôpitaux		Homes médicalisés		Aide et soins à domicile		Total	
	Nombre de personnes	EPT ¹⁴	Nombre de personnes	EPT	Nombre de personnes	EPT	Nombre de personnes	EPT
Infirmiers/ Infirmières	56 799	43 632	17 658	10 581	13 197	6 151	87 654	60 365

Source: Extrait du relevé OFS, uniquement les infirmiers ayant une formation tertiaire

La statistique des hôpitaux de l'OFS indique, pour 2013, que 33 % du personnel soignant est de nationalité étrangère et 67 % de nationalité suisse. Dans cette statistique, le terme de personnel soignant inclut à la fois des professionnels avec diplômes de secondaire II et des professionnels avec diplômes de tertiaire. Actuellement, il n'existe aucune statistique concernant la proportion d'infirmiers étrangers du degré tertiaire.

En 2014, dans l'ensemble du système de santé et du travail social, environ 21 % des actifs étaient étrangers alors que l'on comptait 26 % de personnes étrangères dans la population active toutes branches économiques confondues, et 24,3 % de résidents étrangers en Suisse.

La statistique OFS¹⁵ du Spitex dénombre 759 infirmiers et infirmières indépendants actifs comme fournisseurs de prestations d'aide et de soins à domicile en 2014, constituant 455 EPT.

Compte-tenu de l'augmentation prévue des besoins, et conscient des enjeux à venir, le Secrétariat d'Etat à la formation, la recherche et l'innovation (SEFRI) a initié, en collaboration avec d'autres partenaires¹⁶ le programme d'action Masterplan «Formation aux professions des soins». Le Masterplan entend augmenter l'attractivité et le nombre de diplômés délivrés dans le secteur des soins.

¹⁴ Equivalent plein temps (EPT)

¹⁵ Les infirmiers et infirmières indépendants réalisant moins de 250 heures/an de prestations ou exerçant moins de 25 % ne sont pas obligés de répondre au relevé des statistiques de l'OFS.

¹⁶ Parmi ceux-ci, on compte l'Office fédéral de la santé publique, les cantons (Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique [CDIP]) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS]) et l'Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé (OdASanté).

2.1.7 Evolution des rôles

Comme le souligne le rapport *Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers*¹⁷ (2007 et 2011), les infirmiers et les infirmières, tout comme les médecins et le reste des professionnels de la santé, ne travaillent pas en milieu protégé des «révolutions sociales qui, du système de valeurs au système économique, touchent tous les domaines, ont une influence déterminante sur les conditions cadres de leur activité»¹⁸. Ce phénomène, allié à l'augmentation des besoins, et soutenu par les modifications récentes du paysage suisse de la formation et l'arrivée de nouvelles qualifications, ont contribué à initier de nombreuses réflexions et projets pilotes quant à la composition des équipes, c'est-à-dire le «skill-/grade-mix», et aux profil et compétences de chaque groupe professionnel.

Ces réflexions prennent l'origine dans la réalité du terrain, des besoins des patients et des institutions employant ce personnel infirmier, ainsi que des besoins des cantons responsables de la planification, de l'approvisionnement et pour partie aussi du financement.

2.2 Projet de loi sur les professions de la santé

La future loi sur les professions de la santé (LPSan) vise à encourager la qualité dans les professions de la santé, qui sont majoritairement enseignées au niveau des HES, et ce, dans le but de promouvoir la santé publique. Il définit des exigences uniformes au niveau suisse en ce qui concerne la formation et l'exercice de ces professions, en tenant compte de la réglementation en vigueur notamment dans la formation professionnelle supérieure et dans les professions médicales universitaires.

Fruit du travail conjoint de l'OFSP et du SEFRI, l'avant-projet de loi répond aux exigences de la politique sanitaire et de la politique de la formation. Au niveau conceptuel, le projet s'inspire de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd)¹⁹. Le projet a été transmis au Parlement en novembre 2015.

Le projet de LPSan régit les filières d'études HES dans les domaines des soins infirmiers, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la nutrition et diététique, de l'optométrie, de l'ostéopathie et de sage-femme. Il fixe de manière uniforme à l'échelle nationale les compétences génériques et délègue au Conseil fédéral la réglementation des compétences professionnelles spécifiques.

Pour ce qui concerne les exigences posées aux filières de formation en soins infirmiers des écoles supérieures (ES), celles-ci restent définies dans la LFPr²⁰.

Etant donné que le domaine des professions de la santé représente des risques potentiellement élevés pour les patients, le projet prévoit un régime d'autorisation pour

¹⁷ *Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers*, Académie suisse des sciences médicales, 2011.

¹⁸ ASSM, 2011, p. 5

¹⁹ RS 811.11

²⁰ RS 412.10

l'exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle. L'expression «exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle»²¹ va plus loin que l'expression «exercice de la profession à titre indépendant»: elle englobe également des personnes qui assument une responsabilité professionnelle dans le cadre d'un contrat de travail salarié. Cette conception harmonisée à l'échelle nationale garantit que la responsabilité d'un traitement incombe à un professionnel formé en conséquence. Ce régime d'autorisation est assorti de devoirs professionnels et de sanctions disciplinaires. Ainsi, la LPSan contribue à garantir la qualité de l'approvisionnement et la sécurité des patients.

L'art. 117a, al. 2, let. a, Cst. donne pleine compétence à la Confédération pour légiférer sur les conditions d'exercice de l'ensemble des professions des soins médicaux de base, quelle que soit la forme prise par l'exercice en question. Au vu de cette disposition, le régime de l'autorisation s'applique aussi aux personnes travaillant dans des institutions publiques. Il demeure toutefois de la compétence des cantons de légiférer dans le domaine de l'exercice de la profession sans responsabilité professionnelle propre.

Autoriser des diplômés ES en soins infirmiers et des titulaires d'un bachelor HES dans ce même domaine à exercer la profession sous leur propre responsabilité professionnelle, est un objectif déclaré en matière de politique de la formation et de la santé. Les deux voies de formation permettent d'acquérir des compétences qui garantissent un haut niveau de qualité dans l'exercice professionnel et qui sont recherchées sur le marché du travail. La présence d'offres de formation à ces deux niveaux élargit le champ de recrutement de professionnels de la santé qualifiés et permet d'exploiter tout le potentiel de la relève professionnelle, ce qui est un enjeu de taille devant la pénurie de personnel qualifié. Le projet de LPSan met ainsi les deux types de diplômes sur un pied d'égalité en ce qui concerne:

- l'octroi d'une autorisation d'exercer la profession sous sa propre responsabilité professionnelle;
- les devoirs professionnels et les mesures disciplinaires correspondantes.

Il est à relever que les professions soignantes formées au degré secondaire II ne sont pas concernées par le projet de nouvelle réglementation LPSan.

²¹ L'expression «exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle» s'applique à toute activité exercée sans le contrôle d'un membre de la même profession, que cette activité soit salariée (et prenne place au sein d'une entreprise publique ou privée) ou indépendante. Outre les personnes installées à leur propre compte (possédant, par ex., leur propre cabinet), elle englobe donc notamment les salariés occupant des fonctions de conduite et assumant la responsabilité du travail accompli par leurs subordonnés, et même les salariés n'occupant aucune fonction de conduite mais accomplissant leur travail seuls et sans le contrôle d'un pair. On peut ainsi citer parmi les professionnels de la santé soumis à l'obligation d'obtenir une autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle les personnes assurant la direction des soins infirmiers d'un hôpital, d'une clinique ou d'un service, ou encore les physiothérapeutes exerçant au sein de cabinets médicaux de groupe ne comprenant aucun autre représentant de leur profession. Cette approche doit garantir que tout traitement soit placé sous la responsabilité d'un professionnel formé en conséquence.

2.3 Vieillesse de la population et augmentation de la demande de soins

La population suisse vieillit. Selon les projections établies par l'OFS, la proportion de personnes de 65 ans ou plus passera de 17,1 à 24,2 % de 2010 à 2030²²; parallèlement, il y aura davantage de personnes de 80 ans ou plus: leur proportion parmi les personnes de 65 ans ou plus passera de 28,4 à 32,4 % sur la même période. Le nombre de personnes dépendant de soins augmentera en conséquence; celles-ci représentent 13 % des 80–84 ans et 34 % des plus de 85 ans.

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a étudié les effets sur la dépendance à l'égard des soins de l'évolution de la population, mais aussi des changements qui se dessinent dans les domaines médical et social²³. La conclusion est que, en dépit d'une amélioration prévisible de la santé des personnes âgées ces prochaines années – notamment grâce aux progrès médicaux, à une meilleure prise en charge médicale ou à un renforcement de la prévention –, leur dépendance va fortement s'accroître. Selon le scénario de référence proposée dans cette étude, «le nombre de personnes âgées dépendantes passerait de 125 000 personnes en 2010 à 182 000 personnes en 2030 (soit une hausse relative de +46 %). La part des 80 ans et plus progresserait pour atteindre près de 80 % en 2030, contre 74 % en 2010. Autrement dit, non seulement les personnes nécessitant des soins – majoritairement des femmes – devraient être plus nombreuses, mais elles seront aussi plus âgées dans de nombreux cas (ce qui accroît p.ex. le risque de multimorbidité)».²⁴

Etant donné qu'un plus grand nombre de personnes devraient atteindre un âge très élevé, il faut aussi s'attendre à une augmentation sensible des cas de maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Si le taux de démence reste identique à ce qu'il est aujourd'hui, le nombre des personnes en souffrant devrait s'accroître de 125 000 à 218 000 entre 2010 et 2030. L'amélioration des traitements et des mesures de réadaptation pourrait freiner cette forte augmentation des besoins de soins. Toutefois, même si cette évolution positive a lieu, on peut s'attendre à une hausse rapide du nombre des cas de démence sénile ces prochaines années, notamment parce que les générations nées dans les années à forte natalité atteindront un âge à risque.

Ces prochaines années, la nature des soins va elle aussi évoluer. L'étude de l'Obsan montre que la demande de soins ambulatoires professionnels pour les personnes âgées augmentera. Aujourd'hui, 90 % environ des 80–84 ans vivent à domicile. En raison de l'évolution démographique, des progrès de la médecine et des nouvelles tendances sociales, les personnes qui intègrent des établissements médico-sociaux (EMS) sont de plus en plus âgées, voire en fin de vie.

²² OFS, *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010–2060*, 2010, scénario moyen A-00-2010.

²³ François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn, *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée – Scénarios actualisés pour la Suisse*, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Editions Hans Huber, 2011; cf. également communiqué de presse de l'Obsan du 19.5.2011.

²⁴ *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*, F. Höpflinger, L. Bayer-Oglesby und A. Zumbrunn, Obsan, 2011, S. 60, Figure 2.

L'Obsan s'est penché sur l'évolution des besoins en soins et en personnel dans le cadre de son étude «Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020», publiée en 2009²⁵. Ces projections concernent les hôpitaux, les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile. Dans le scénario de référence, elles se basent sur le scénario démographique «moyen» de l'OFS, un raccourcissement des durées d'hospitalisation et une amélioration de l'état de santé de la population âgée. Partant de cette hypothèse, la demande de soins pourrait évoluer de la façon suivante de 2006 à 2020: +2,4 % pour les jours d'hospitalisation, +30 % pour les jours d'hébergement en EMS et +20 % pour les clients de services d'aide et de soins à domicile.

A productivité et taux d'activité inchangés, la hausse prévue des besoins en soins nécessitera la création de 17 000 postes (équivalents plein temps) et l'engagement de 25 000 personnes supplémentaires (+ 13 %). En outre, il sera nécessaire de remplacer les quelque 60 000 personnes qui partiront à la retraite (ce qui représente 30 % du personnel concerné). Selon l'étude, les EMS sont les institutions où les besoins en personnel augmenteront le plus (plus de 15 000 personnes supplémentaires).

2.4 Droit en vigueur

2.4.1 Fournisseurs de prestations selon la LAMal

La LAMal opère une distinction entre les fournisseurs de prestations admis à pratiquer directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les personnes qui prodiguent des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin et exercent leur activité à titre indépendant et à leur propre compte. Dans son message sur la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991²⁶, le Conseil fédéral s'est exprimé en ces termes: «Les traitements dispensés 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 [actuellement: 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 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 le système proposé par le Conseil fédéral.

²⁵ Hélène Jaccard, France Weaver, Maik Roth, Marcel Widmer, *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*; cf. également fact sheet de l'Obsan du 7.4.2009.

²⁶ FF 1992 I 93, p.163

Selon l'art. 35, al. 2, LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les prestations des médecins, des chiropraticiens, des sages-femmes, des hôpitaux, des maisons de naissance, des établissements médico-sociaux, ainsi que des institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins. Ces fournisseurs de prestations sont explicitement désignés dans la loi. La let. e de l'art. 35, al. 2, LAMal, mentionne les personnes et les organisations qui prodiguent des soins à la charge de l'assurance obligatoire sur prescription ou sur mandat d'un médecin.

Les personnes prodiguant des soins sur prescription médicale sont désignées de manière exhaustive à l'art. 46, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)²⁷: il s'agit, outre le personnel infirmier, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des logopédistes et des diététiciens. Cette distinction repose sur le principe selon lequel le médecin occupe une «fonction charnière» pour coordonner au mieux le diagnostic et la thérapie.

En vertu de l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal, sont aussi autorisées à fournir des prestations sur prescription ou sur mandat médical les organisations qui emploient des personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical. Ces organisations sont admises à exercer directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour autant qu'elles respectent les conditions énoncées aux art. 51 à 52b, OAMal. Le personnel infirmier peut notamment être employé au sein d'organisations d'aide et de soins. Dans ce cas de figure, et de la même manière que pour l'hôpital et l'EMS, ce n'est pas le personnel infirmier mais l'organisation de soins et d'aide à domicile qui est qualifiée en tant que fournisseur de prestations au sens de l'assurance obligatoire des soins.

2.4.2 Admission du personnel infirmier à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins

L'art. 49, OAMal énonce les conditions devant être remplies par les infirmiers et les infirmières²⁸ pour être admis à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ils doivent:

- a. être titulaires du diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier qui remplissent les conditions d'admission de la présente ordonnance.

²⁷ RS 832.102

²⁸ Sous cette dénomination sont également inclus les infirmiers et les infirmières diplômés Bachelor HES. En revanche, ne sont pas incluses les professions soignantes de niveau secondaire II (cf. ch. 2.1.4).

Si les infirmiers et les infirmières peuvent apporter la preuve que ces conditions sont remplies, ils sont habilités à prodiguer des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin et à la charge de l'assurance obligatoire des soins en exerçant leur activité à titre indépendant et à leur propre compte.

2.4.3 Prestations selon la LAMal

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25, al. 1, LAMal). Les prestations diagnostiques et thérapeutiques fournies par les médecins sont fondées sur le principe de la confiance. En principe, toutes les prestations médicales sont remboursées en l'absence de dispositions contraires. On présume ainsi implicitement l'obligation de prise en charge des prestations médicales diagnostiques et thérapeutiques. Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions (art. 33, al. 1, LAMal). Il détermine en outre dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique (critères EAE) sont en cours d'évaluation (art. 33, al. 3, LAMal). Le Conseil fédéral, se fondant sur l'art. 33, al. 5, LAMal, a délégué ces tâches au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Pour la désignation des prestations, le Conseil fédéral se fait conseiller par des commissions. Le DFI décide, après avoir consulté la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), si une prestation controversée ou pour laquelle une demande a été présentée est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, ne l'est qu'à certaines conditions ou n'est pas remboursée. La décision est inscrite dans l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)²⁹.

La LAMal prévoit une énumération exhaustive des prestations fournies sur prescription ou sur mandat d'un médecin et qui sont obligatoirement prises en charge (listes positives, catalogue exhaustif des prestations). En conséquence, l'assurance ne prend en charge que les prestations explicitement citées dans l'ordonnance du DFI ou dans une liste établie, en vertu d'une délégation, par le DFI (liste des analyses avec tarif, liste des médicaments avec tarif, liste des moyens et appareils) ou par l'OFSP (liste des spécialités). Ce qui n'y est pas explicitement mentionné ne fait pas partie des prestations obligatoirement prises en charge. Il existe également une liste positive des prestations préventives fournies par les médecins et des prestations en cas de maternité.

²⁹ RS 832.112.31

2.4.4 Prestations de soins sous forme ambulatoire ou en EMS

Les prestations de soins à domicile, sous forme ambulatoire ou en EMS, qui peuvent être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin, sont définies de façon exhaustive à l'art. 7 OPAS. L'al. 1 de cet article énonce quelles personnes et organisations peuvent être autorisées à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins: il s'agit des infirmiers et des infirmières, des organisations d'aide et de soins à domicile et des établissements médico-sociaux. L'al. 2 de l'art. 7, OPAS définit les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination (let. a), énumère les examens et les traitements (let. b) et définit les soins de base (let. c).

2.4.5 Relevé des besoins en soins

L'art. 8, OPAS règle la prescription ou le mandat médical et l'évaluation des soins requis. L'al. 1 dispose que la prescription ou le mandat médical de prestations détermine, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers et les infirmières ou par les organisations d'aide et de soins à domicile. En présence d'une prescription médicale, le patient peut, pour des soins à domicile, prendre contact avec le personnel infirmier ou l'organisation de soins et d'aide à domicile de son choix. Le personnel infirmier évalue le besoin en matière de prestations nécessaires avec le patient et le médecin, puis détermine le type, le nombre, le moment, la fréquence et la durée des interventions. S'agissant de patients recevant des soins dans un EMS, l'évaluation incombe à ce dernier.

Les modalités de l'évaluation sont fixées dans les conventions administratives établies entre les associations d'assureurs et les associations faitières de fournisseurs de prestations pour les domaines des EMS, des organisations d'aide et de soins à domicile et des infirmiers et infirmières indépendants. La procédure prévue dans ces contrats est généralement la suivante:

- Une prescription médicale ou un mandat médical doivent impérativement avoir été établis.
- Un infirmier ou une infirmière satisfaisant aux exigences spécifiées dans la convention administrative établit le besoin en soins. La personne utilise à cet effet un formulaire approuvé par les parties contractuelles et contenant toutes les données nécessaires. Le fournisseur de prestations est généralement libre de choisir le système d'évaluation des soins, dans les limites imposées par les prescriptions cantonales. Les systèmes PLAISIR, RAI/RUG et BESA sont admis.
- Une fois complètement rempli, le formulaire de déclaration des besoins est envoyé à l'assureur après avoir été signé par le médecin et l'infirmier ou l'infirmière responsable.

2.4.6 Responsabilité des fournisseurs de prestations au sens de l'assurance obligatoire des soins et responsabilité du personnel (infirmier) pour ses propres prestations

Comme mentionné en introduction, la LAMal prévoit deux «catégories» de fournisseurs de prestations, à savoir, d'une part, ceux admis à pratiquer directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, les personnes qui prodiguent des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin et exercent leur activité à titre indépendant et à leur propre compte.

Tous ces fournisseurs de prestations assument au sens de l'assurance obligatoire des soins une responsabilité pour leurs prestations, ce qui signifie qu'ils sont responsables de la qualité exigée pour les prestations qui sont dispensées. Les personnes travaillant sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin fournissent des prestations déléguées (p. ex., les médecins-assistants praticiens et les psychothérapeutes). Ces personnes ne sont pas mentionnées dans la LAMal en tant que fournisseurs de prestations et leurs prestations sont facturées à l'assurance obligatoire des soins par le médecin mandant; ils en assument donc aussi la responsabilité.

De plus, au sens de l'assurance obligatoire des soins, c'est l'hôpital, l'établissement médico-social et l'organisation de soins et d'aide à domicile qui sont qualifiés de fournisseur de prestations, et non les médecins ou le personnel infirmier employés. Dans un hôpital, dans un établissement médico-social, dans une organisation de soins et d'aide à domicile ou dans une organisation telle qu'un cabinet médical, les personnes assument la responsabilité pour leurs propres prestations qui leur ont été déléguées. La responsabilité civile s'aligne sur les dispositions applicables du droit civil et du droit public.

2.5 Procédure de consultation

Par lettre du 24 avril 2015, la CSSS-N a soumis son avant-projet, accompagné d'un rapport explicatif, aux cantons, aux partis politiques, aux associations faitières nationales des communes, des villes et des régions de montagne ainsi que de l'économie et à d'autres milieux intéressés, pour consultation. Au total, elle a invité 134 destinataires à prendre position jusqu'au 14 août 2015. Elle a reçu 96 avis écrits³⁰, dont 73 provenaient de milieux officiellement invités.

23 cantons (tous sauf SH, ZG et ZH) ainsi que le PDC et le PS approuvent le projet sur le principe. Ce dernier est également largement soutenu par les organisations des soins (associations professionnelles, établissements médico-sociaux, organismes d'aide et de soins à domicile), des hôpitaux (à l'exception de l'association Cliniques privées suisses), des patients et des consommateurs. Ces participants soulignent qu'il s'agit d'octroyer aux infirmiers une responsabilité qu'ils assument déjà dans de

³⁰ Rapport sur les résultats de la consultation concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie – Initiative parlementaire LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant, Office fédéral de la santé publique, septembre 2015, publié sur www.parlement.ch > recherche Curia Vista > 11.418 > Consultation.

nombreux cas, ce qui permettrait de revaloriser les prestations de soins et d'alléger la charge de travail des médecins de famille.

Même s'ils comprennent l'objectif visé dans le projet, les organisations de médecins émettent certaines réserves importantes. Ils souhaitent notamment que les prestations que les infirmiers sont autorisés à dispenser sans prescription médicale et que le diplôme dont ils doivent être titulaires pour ce faire soient définis dans la loi. Les avis divergent parmi les associations faitières des assureurs: alors que curafutura soutient l'orientation générale du projet, santésuisse la rejette.

Les associations faitières de l'économie, à l'exception de l'Union syndicale suisse, rejettent le projet. Le PLR se prononce également contre le projet et propose d'aligner la mise en œuvre de l'initiative parlementaire sur la nouvelle loi sur les professions de la santé. L'UDC approuve, sur le fond, l'objectif de l'initiative, mais doute de la pertinence du moyen proposé.

Les avis sont partagés concernant la question de savoir si la nouvelle réglementation provoquera une augmentation du volume des prestations et des coûts, notamment en raison de l'absence de données fiables. Plusieurs cantons émettent des doutes et demandent que des mesures soient prises pour éviter d'éventuelles hausses des coûts. D'autres cantons ne partagent pas ces craintes, ou seulement jusqu'à un certain point, car ils estiment que les tarifs actuels des soins sont modestes en comparaison avec d'autres branches et que l'offre d'infirmiers qualifiés est rare et le restera. Précisant qu'il ne s'agit que d'hypothèses, santésuisse a estimé les coûts supplémentaires dans le domaine ambulatoire entre 20 et 100 millions de francs et, dans le domaine des établissements médico-sociaux, à 30 millions de francs. Cette estimation ne tient pas compte du fait que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les logopédistes et d'autres professionnels pourraient exiger les mêmes droits que ceux que la nouvelle réglementation accorderait aux infirmiers.

La proposition visant à étendre aux infirmiers le pilotage des admissions (art. 55a LAMal) est particulièrement bien accueillie par des cantons frontaliers comme Genève, le Tessin, Vaud ou le Valais et par le corps médical. D'autres participants, notamment les organisations de soins, rejettent cette extension aux infirmiers qui, selon eux, irait à contre-courant de l'objectif visant à renforcer l'attrait des professions des soins. La grande majorité des participants rejettent la proposition de minorité visant à introduire la liberté de contracter en ce qui concerne les infirmiers (art. 40a); seules les deux associations faitières des assureurs, santésuisse et curafutura, soutiennent cette proposition.

Les avis divergent quant à savoir qui doit prescrire les soins aigus et de transition (art. 25a, al. 2): les organisations de soins demandent que ces prestations soient soumises aux mêmes règles que celles qui s'appliquent aux autres prestations de soins. Le PS ainsi que les organisations de patients et de consommateurs soutiennent la prescription conjointe par un médecin et un infirmier. Les organisations du corps médical et des assureurs soutiennent quant à eux la proposition de minorité selon laquelle les soins aigus et de transition sont prescrits par un médecin.

3 Nouvelle réglementation proposée

3.1 Grandes lignes du projet

La modification de la loi vise en premier lieu à revaloriser le statut professionnel des infirmiers et des infirmières. Il y a lieu de corriger l'image obsolète de personnes qui ne seraient que des auxiliaires, de mieux prendre en considération leurs compétences spécifiques et de renforcer le rôle qu'ils jouent dans un système de soins axé sur les patients. Les infirmiers et les infirmières doivent notamment pouvoir travailler de manière plus indépendante dans le domaine des soins de base. Cette revalorisation doit contribuer à améliorer l'attrait des professions de la santé, à faciliter le recrutement de jeunes professionnels et les reconversions et à prolonger la durée pendant laquelle le personnel soignant qualifié reste dans le métier.

Pour ces raisons, les infirmiers et infirmières doivent expressément figurer dans la liste des fournisseurs de prestations visée à l'art. 35, al. 2, LAMal afin que leur profession soit reconnue. Il incombe au Conseil fédéral, sur la base de l'art. 25a, al. 3, LAMal, de l'art. 33, al. 1^{bis}, LAMal, en corrélation avec l'art. 33, al. 5, LAMal, ainsi que des art. 33 OAMal et 7 OPAS, de désigner les prestations qu'ils peuvent fournir de manière indépendante sans qu'elles soient prescrites par un médecin. Il s'agit d'une «liste positive» des mesures d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que des soins de base. Par contre, les soins de traitement ne feront l'objet d'aucune modification et continueront d'être prescrits par un médecin.

Le fait que les infirmiers et les infirmières peuvent désormais fournir certaines prestations sans prescription médicale a des conséquences différentes selon qu'ils sont employés par un hôpital, par une organisation de soins et d'aide à domicile ou par un EMS, ou qu'ils exercent à titre indépendant et à leur propre compte:

- Les infirmiers et infirmières doivent expressément figurer à l'art. 25, al. 2, LAMal en tant que fournisseurs de prestations relatives aux soins prodigués dans un *hôpital*. Cette reconnaissance doit renforcer leur position eu égard à l'organisation interne de l'hôpital et à la répartition des tâches. La mention expresse du personnel infirmier ne change toutefois rien au fait que, du point de vue de l'assurance obligatoire des soins (AOS), l'hôpital reste le fournisseur habilité à facturer les prestations et que celles-ci sont rémunérées dans le cadre des forfaits visés à l'art. 49, al. 1, LAMal.
- Si des *soins aigus* et des *soins de transition* sont nécessaires après une hospitalisation, le médecin de l'hôpital doit prescrire ces prestations après consultation d'un infirmier responsable (art. 25a, al. 2, LAMal). Cette mention explicite du devoir de consultation vise à renforcer la position des infirmiers et des infirmières et à mieux tenir compte de leurs connaissances spécifiques dans ce domaine également. La rémunération reste inchangée (art. 25a, al. 2, LAMal).
- Les infirmiers et les infirmières exerçant au sein d'une *organisation de soins et d'aide à domicile* ou d'un EMS doivent pouvoir dispenser les soins désignés par le Conseil fédéral sur la base d'un besoin avéré et sans qu'une prescription ou un mandat du médecin soit nécessaire (art. 25a, al. 1, LAMal). Il s'agit d'ancrer dans la loi une pratique déjà courante: jusqu'à présent, les

soins devaient certes être prescrits par le médecin, mais ce dernier se contentait souvent d'approuver l'avis des infirmiers et des infirmières concernant les soins requis. Les organisations d'aide et de soins à domicile et les EMS restent les fournisseurs habilités à facturer les prestations.

- Les infirmiers et les infirmières *exerçant à titre indépendant et à leur propre compte* doivent pouvoir dispenser les soins désignés par le Conseil fédéral sur la base d'un besoin avéré et sans qu'une prescription ou un mandat du médecin soit nécessaire, et facturer eux-mêmes leurs prestations à l'assurance obligatoire des soins. Toutefois, ils ne peuvent facturer leurs prestations qu'aux assureurs avec lesquels ils ont conclu un contrat d'admission (nouvel art. 40a LAMal).

Il est difficile d'estimer les effets de la nouvelle réglementation sur le volume des soins dispensés et, partant, sur les coûts et les primes. Pour cette raison, le projet prévoit plusieurs mesures d'accompagnement: comme il a été déjà mentionné plus haut, les prestations des infirmiers exerçant à titre indépendant et à leur propre compte ne peuvent être remboursées par l'AOS que s'ils ont conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs-maladie (art. 40a LAMal). De plus, le Conseil fédéral doit avoir la compétence de faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin l'admission du personnel infirmier à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il y a lieu de compléter l'art. 55a LAMal en conséquence. Il faut toutefois noter que la validité de cet article est limitée au 30 juin 2016. Au moment de l'adoption du présent rapport et du projet d'acte par la CSSS-N, la question de savoir s'il fallait poursuivre le pilotage des admissions – et, le cas échéant, sous quelle forme – était encore en suspens.

Enfin, une nouvelle disposition doit charger le Conseil fédéral de présenter au Parlement, au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur de la modification de loi, un rapport sur l'analyse des effets qui doit exposer en particulier les répercussions économiques. Par mesure de précaution, il est prévu de limiter à six ans la durée de validité des modifications.

3.2 Propositions de la minorité

Une minorité (de Courten, Brand, Clottu, Stahl, Steinemann) propose de ne pas entrer en matière sur le projet. Elle craint que la revalorisation légale du personnel soignant conduise à une augmentation du volume des prestations et, partant, des coûts et des primes, étant donné que certaines prestations ne seraient plus concernées par le contrôle exercé par les médecins.

Une minorité (Schmid-Federer, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Gysi, Häslar, Heim, Humbel, Ingold, Lohr, Schenker Silvia, Steiert, Weibel) propose que les prestations des soins aigus et des soins de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier soient prescrites conjointement par un médecin et un infirmier (art. 25a, al. 2, LAMal). Selon elle, cette réglementation correspond à la pratique qui est actuellement en vigueur dans de nombreux hôpitaux. En conséquence, la minorité propose que l'art. 33, al. 1^{bis}, let. c (nouvelle) confère au Conseil

fédéral la compétence de désigner les prestations devant être prescrites conjointement par un médecin et un infirmier ou une infirmière.

Une minorité (Schmid-Federer, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Humbel, Ingold, Lohr, Schenker Silvia, Steiert, Weibel) rejette l'abrogation prévue à l'art. 40a de l'obligation de contracter relative aux infirmiers et propose de biffer cette disposition. Elle estime que la question d'abroger ou non l'obligation de contracter dépend du système que l'on souhaite instaurer et doit être examinée globalement pour tous les fournisseurs de prestations. Partant, elle s'oppose à une abrogation qui ne s'appliquerait qu'à une seule profession (en l'occurrence, celle des infirmiers). Selon elle, cela aurait pour conséquence que chaque infirmier suffisamment qualifié n'aurait plus systématiquement droit au remboursement de ses prestations par l'assurance obligatoire des soins: il n'aurait ce droit que s'il concluait un contrat d'admission avec les assureurs. Selon la minorité, cela entraînerait une certaine restriction de la liberté de choix des patients et irait à l'encontre de l'objectif du projet visant à renforcer l'attrait des professions des soins.

Une minorité (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Schenker Silvia, Steiert) s'oppose à limiter à six ans la validité des modifications légales. Par conséquent, elle propose de biffer l'al. 3 des dispositions finales (ch. II).

4 Commentaires par article

Art. 25, al. 2, let. a, phrase introductive et ch. 2^{bis}

L'art. 25, al. 2, let. a, de la loi décrit les prestations réalisées sous forme ambulatoire, stationnaire ou dans un établissement médico-social ainsi que les prestations de soins dispensées dans un hôpital.

La réglementation actuelle sur la délimitation entre les prestations de soins dispensées lors d'un traitement stationnaire au sens de l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal et celles qui le sont ambulatoirement au sens de l'art. 25a LAMal permet une certaine marge d'interprétation. Néanmoins, la formulation de l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal n'exclut pas explicitement les prestations de soins ambulatoires. La formulation proposée permet de délimiter clairement l'art. 25, al. 2, let. a, LAMal et l'art. 25a LAMal: le premier article se réfère uniquement aux prestations de soins qui font partie d'un traitement stationnaire.

Dans la version proposée de l'al. 2, let. a, les infirmiers sont explicitement mentionnés dans un nouveau ch. 2^{bis} pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination selon l'art. 7, al. 2, let. a, OPAS ainsi que pour les prestations de base selon l'art. 7, al. 2, let. c, OPAS dispensées par du personnel infirmier sans prescription ou mandat d'un médecin. Le personnel infirmier prodiguera à l'avenir également les soins de traitement selon l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS sur prescription d'un médecin. Par conséquent, le personnel infirmier est subordonné dans tous les cas à l'art. 25, al. 2, let. a, ch. 3, LAMal.

La mention expresse du personnel infirmier à l'art. 25, al. 2, let. a, ch. 2^{bis}, LAMal ne change cependant rien au fait que, du point de vue de l'assurance obligatoire des

soins, l'hôpital reste le fournisseur de prestations qui établit les factures et que les prestations de soins sont prises en charge dans le cadre des forfaits selon l'art. 49, al. 1, LAMal.

Art. 25a, al. 1 et 2, première phrase

L'art. 25a, LAMal, arrêté par les Chambres fédérales dans le cadre du nouveau régime de financement des soins³¹, est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2011. Contrairement à la règle précédemment applicable en vertu de l'art. 25, selon laquelle l'assurance obligatoire des soins prenait également en charge les coûts des soins dispensés sous forme ambulatoire, lors de visites à domicile, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, l'assurance obligatoire des soins fournit depuis début 2011 une contribution aux soins qui sont dispensés conformément à l'art. 25a, al. 1, LAMal. Les cantons règlent le financement résiduel.

Pour les soins de traitement selon l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS, une prescription médicale ou un mandat médical est toujours nécessaire. Le nouvel art. 25a, al. 1, let. a, LAMal a été formulé pour ce genre de cas.

L'art. 25a, al. 1, let. b, LAMal s'applique aux prestations d'évaluation, de conseil et de coordination (art. 7, al. 2, let. a, OPAS) ainsi qu'aux soins de base (art. 7, al. 2, let. c, OPAS) qui sont dispensés par du personnel infirmier sans prescription ou mandat d'un médecin.

Toutefois, l'exigence d'un besoin en soins avéré est maintenue pour qu'une contribution par l'assurance obligatoire des soins soit versée.

Le nouveau régime de financement des soins a introduit la notion de soins aigus et de transition. Lorsque des soins aigus et de transition se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier, ils sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier. Ainsi, la rémunération n'intervient pas sous la forme d'une contribution mais sous celle d'un forfait. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de tels forfaits. Le médecin doit désormais consulter un infirmier responsable avant de prescrire ces prestations. Ainsi, les connaissances spécifiques du personnel infirmier doivent être mieux considérées à l'avenir. Parallèlement, il est toutefois précisé que le médecin conserve la compétence formelle de prescrire ces prestations.

Une minorité (Schmid-Federer, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Humbel, Ingold, Lohr, Schenker Silvia, Steiert, Weibel) propose que le médecin et l'infirmier prescrivent ensemble les soins aigus et de transition.

Art. 33, al. 1^{bis}

Le concept d'obligation de prestations au sens de l'art. 33, al. 1^{bis}, LAMal signifie qu'en principe toutes les prestations médicales sont remboursées pour autant qu'il n'en soit pas disposé autrement. Le caractère obligatoire de la prise en charge des prestations médicales diagnostiques ou thérapeutiques est ainsi supposé implicite-

³¹ RO 2009 3517

ment (principe de la confiance). Les examens et traitement effectués par des médecins ou des chiropraticiens sont donc remboursés pour autant que l'annexe 1 de l'OPAS ne mentionne pas de réglementation spéciale à ce sujet.

Cependant, le principe de la confiance ne s'applique pas aux prestations du personnel infirmier puisque l'art. 33, al. 1^{bis}, LAMal fixe que le Conseil fédéral détient la compétence de désigner:

- les prestations fournies par celui-ci sur prescription ou mandat d'un médecin, soit les soins de traitement (cf. art. 33, al. 1^{bis}, let. a, LAMal);
- les prestations dispensées sans prescription ou mandat d'un médecin, soit l'évaluation, les conseils, la coordination et les soins de base (cf. art. 33, al. 1^{bis}, let. a et b, LAMal).

Une minorité (Schmid-Federer, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Humbel, Ingold, Lohr, Schenker Silvia, Steiert, Weibel) propose, dans le cadre de l'art. 33, al. 1^{bis}, let. c, LAMal, que le Conseil fédéral ait la compétence de désigner les prestations prescrites conjointement par un médecin et un infirmier, soit les prestations de soins aigus et de transition (cf. explications relatives à l'art. 25a, al. 2, LAMal).

Art. 35, al. 2, let. d^{bis}

L'art. 35, al. 2 énumère les fournisseurs de prestations qui sont admis à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les infirmiers et les infirmières sont désormais explicitement mentionnés à la lettre d^{bis} pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination selon l'art. 7, al. 2, let. a, OPAS ainsi que les soins de base selon l'art. 7, al. 2, let. c, OPAS qu'ils peuvent dispenser sans prescription ou mandat d'un médecin. Le personnel infirmier dispensera à l'avenir également les soins de traitement selon l'art. 7, al. 2, let. b sur prescription d'un médecin. Par conséquent, le personnel infirmier est subordonné dans tous les cas à l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal. On peut supposer qu'une partie des infirmiers et des infirmières exercera à titre indépendant et à son compte, mais qu'une majorité d'entre eux sera employée par un hôpital ou une organisation de soins et d'aide à domicile, comme c'est le cas aujourd'hui.

Les diplômes dont le personnel infirmier doit être titulaire pour être admis à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont fixés au niveau de l'ordonnance. La réglementation correspondante a été arrêtée en 1995, puis adaptée une fois afin de fixer les nouvelles compétences de la Confédération. En effet, des éléments essentiels de la systématique de la formation dans le domaine de la santé ont déjà été révisés depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. De nouvelles filières ont été créées, en particulier au niveau des formations HES. Dans le cadre de l'attribution des nouvelles compétences au personnel infirmier, il conviendra de préciser au niveau de l'ordonnance quelles sont les diplômes requis pour prodiguer des soins, soit directement soit sur prescription ou sur mandat médical à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 40a Infirmières et infirmiers

Les infirmiers qui exercent à titre indépendant et à leur propre compte sans prescription médicale n'ont pas automatiquement droit au remboursement de leurs prestations par l'assurance obligatoire des soins. L'admission du personnel infirmier à exercer directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins est liée à l'obligation de conclure un contrat avec un ou plusieurs assureurs. La réglementation des modalités est déléguée au Conseil fédéral.

Une minorité (Schmid-Federer, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Humbel, Ingold, Lohr, Schenker Silvia, Steiert, Weibel) propose de biffer cette disposition.

Art. 55a

La décision des Chambres fédérales du 21 juin 2013 relative à la modification de la LAMal a réintroduit la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2013, cette disposition est valable jusqu'au 30 juin 2016. Elle s'applique aux médecins, à l'exception de ceux qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu. L'art. 55a, al. 1, let. c et d, étend aux infirmiers et aux infirmières la compétence des cantons en matière d'admission de fournisseurs de prestations selon le besoin, indépendamment du fait que les infirmiers exercent leur activité à titre indépendant ou sont employés par un hôpital ou une organisation de soins et d'aide à domicile.

Il convient de rappeler que, sous sa forme actuelle, la durée de validité de l'art. 55a LAMal est limitée au 30 juin 2016. Passé cette date, la disposition sera caduque s'il n'est pas décidé, au préalable, de la maintenir.

Disposition transitoire

La disposition transitoire charge le Conseil fédéral de présenter au Parlement, au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur de la modification de loi, un rapport sur une analyse des effets, portant plus particulièrement sur les conséquences économiques de la modification.

Entrée en vigueur

La durée de validité du projet de loi doit être limitée à six ans. Passé ce délai, tous les ajouts, abrogations ou autres modifications deviennent caducs et les dispositions actuelles sont à nouveau applicables.

Une minorité (Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Schenker Silvia, Steiert) propose de ne pas limiter la durée de validité du projet.

5 Conséquences

5.1 Conséquences financières et sur le personnel

Les mesures mises en œuvre dans le domaine de la formation ont accru l'attrait des professions des soins, et l'on peut supposer que ceci permettra de pallier la pénurie de main d'œuvre dans ce secteur. Il n'est pour l'heure pas possible d'évaluer si ce développement suffira pour générer à l'avenir les effectifs infirmiers supplémentaires nécessaires, notamment du fait que l'offre de personnel infirmier est influencée par des facteurs en évolution. A cet égard, les relations de la Suisse avec l'UE, dont proviennent de nombreux infirmiers et infirmières exerçant en Suisse, jouent également un rôle important.

Conformément à l'art. 25a, LAMal, l'assurance obligatoire des soins fournit 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. Pour les prestations de soins à domicile, l'art. 7a, OPAS stipule que l'assurance obligatoire des soins prend en charge:

- CHF 79,80 par heure pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination fournies par des infirmiers et infirmières ou par des organisations de soins et d'aide à domicile, et
- CHF 54,60 par heure pour les prestations de soins de base.

La part reportée sur les assurés peut s'élever au plus à 20 pourcents de la contribution maximale et les cantons règlent le financement résiduel. Si un marché se constitue pour les infirmiers et infirmières ayant essentiellement suivi des formations au degré tertiaire et si ces derniers ne fournissent pas seulement des prestations d'évaluation de conseil et de coordination, mais dispensent aussi des soins de base, on peut s'attendre à ce que, tôt ou tard, des revendications se fassent entendre en faveur d'une meilleure rémunération. Plus la demande en personnel infirmier ayant achevé une formation au niveau tertiaire pour dispenser des soins de qualité sera élevée, plus l'on pourra s'attendre à ce que les infirmiers et les infirmières soient en mesure d'imposer une rémunération à la hauteur de leur formation, ce qui aura des conséquences financières pour les assureurs, les assurés et les cantons.

Concernant les effets du transfert de certaines compétences des médecins au personnel infirmier on ne peut que formuler des hypothèses. Si le personnel infirmier qui y est habilité peut décider lui-même des prestations qu'il fournit, il peut théoriquement être incité à prodiguer davantage de soins que dans le cas où les prestations ne sont pas autorisées sans prescription médicale. Il n'est pas possible de prévoir si la modification proposée entraînera de telles conséquences financières et une augmentation du volume des prestations. Après tout, les statistiques montrent que l'augmentation du nombre de fournisseurs de prestations conduit à une augmentation des prestations. D'autre part on ne peut pas non plus exclure que les médecins soient déchargés s'ils ne doivent plus ordonner certaines prestations de soins, notamment les soins de base à domicile ou en EMS. Si ceci conduira dans la pratique à une décharge notable et, par conséquent, à une réduction des coûts il est difficile de le déterminer à l'avance de façon fiable.

Il n'existe à l'heure actuelle qu'un très petit groupe d'infirmiers et infirmières qui exercent leur activité à titre indépendant et à leur propre compte: selon la statistique 2014 de l'OFS relative à l'aide et aux soins à domicile (Spitex), on peut tabler sur environ 760 infirmiers et infirmières, 207 entreprises à but lucratif et 557 entreprises à but non lucratif³². Les comportements et l'évolution de ce groupe ne sont pas connus. On peut s'attendre à ce que des organisations se constituent ou que des organisations existantes se développent et se spécialiseront de plus en plus dans le domaine des soins de base. Par conséquent, davantage de fournisseurs de prestations dispenseront davantage de prestations. Il n'est toutefois pas possible de prédire ces futures évolutions. Comme les orientations et les forces des différentes tendances sont difficiles à évaluer, il n'est pas possible de déterminer les conséquences financières. Ce qui est d'ores et déjà certain, c'est que conformément aux règles de financement prévues dans la LAMal (financement hospitalier, financement des soins), les surcoûts éventuels seront répercutés aussi bien sur l'assurance obligatoire des soins et les patients que sur les cantons, étant donné que ces derniers prennent en charge au moins 55 % des forfaits liés aux prestations en cas d'hospitalisation ainsi qu'une grande partie des coûts résiduels pour les soins réalisés à domicile ou en EMS. Les assureurs doivent remplir leur fonction de contrôle et vérifier l'économicité des prestations de soins indépendamment du fait que les prestations soient fournies avec ou sans prescription médicale ou mandat médical (cf. ch. 5.2).

De plus, il faut s'attendre à ce que d'autres groupes professionnels revendiquent les mêmes exigences que le personnel infirmier³³ et, le cas échéant, la modification de la loi aurait un caractère préjudiciel.

5.2 Mise en œuvre

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (cf. ch. 2.1 ci-avant), des éléments essentiels de la systématique de la formation dans le domaine de la santé ont été révisés. En effet, la modification du 3 décembre 2004 de l'art. 49, OAMal, qui fixe les conditions devant être remplies par le personnel infirmier pour être admis à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, attribue de nouvelles compétences à la Confédération³⁴. Toutefois, la teneur de l'article est, pour l'essentiel, restée inchangée depuis l'entrée en vigueur de la loi. La modification proposée confère au personnel infirmier davantage de compétences. Afin d'assurer que les infirmiers et infirmières exerçant directement leur activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins remplissent les exigences requises, le Conseil fédéral doit définir, sur la base de la nouvelle systématique de la formation, les certificats de capacité ou les diplômes d'une école spécialisée (ES) ou d'haute école spécialisée (HES) dont ils doivent impérativement attester pour réaliser, sans prescription ni mandat médical, des prestations d'évaluation ou de soins de base, y compris de soins de base psychiatriques. L'art. 49, OAMal sera adapté en conséquence.

³² www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/05/key/02.html.

³³ Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG: État actuel des discussions sur l'intégration des professionnels non médical de la santé dans les soins de santé en Suisse. Berne, novembre 2013 (en allemand seulement).

³⁴ RO 2004 5075

A l'heure actuelle, toute prestation de soins à domicile ou en EMS nécessite une prescription ou un mandat médical. La modification proposée instaure une distinction entre les prestations fournies par le personnel infirmier directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins (évaluation, conseil et coordination ainsi que soins de base) et les soins qu'ils peuvent prodiguer sur prescription ou sur mandat d'un médecin (soins de traitement). L'art. 7, OPAS doit être adapté de manière à établir clairement que la rémunération des prestations visées à l'al. 2, let. b (soins de traitement) reste conditionnée à l'existence d'une prescription ou d'un mandat médical. Le Conseil fédéral en a délégué la compétence au DFI.

En vertu de l'art. 56, de la loi, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement, et l'assurance obligatoire des soins peut refuser la rémunération des prestations qui dépassent cette limite. Sur la base de cette disposition, les assureurs contrôlent le caractère économique des fournisseurs de prestations, conformément à une méthode convenue contractuellement entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (art. 56, al. 6, LAMal). Dans le domaine des prestations médicales, ce contrôle est effectué de manière systématique. Les partenaires tarifaires ont convenu que l'analyse de variance utilisée jusqu'à présent doit être développée conjointement par les assureurs et les fournisseurs de prestations. Les explications de santésuisse portant sur la statistique des auteurs des factures utilisée dans la vérification des comptes montrent que le contrôle du caractère économique prend en compte les coûts ordonnés par le médecin pour les médicaments et la physiothérapie, mais pas ceux liés aux soins à domicile ou en EMS³⁵.

Les infirmiers et les infirmières sont eux aussi soumis au principe du caractère économique. En effet, la loi leur impose de convenir contractuellement avec les assureurs d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations. Actuellement, le contrôle du caractère économique est réglé par les assureurs dans le cadre des conventions administratives établies avec les associations faitières de fournisseurs de prestations (cf. ch. 2.4.5), qui prévoient généralement des visites de contrôle réalisées par les assureurs auprès des fournisseurs de prestations. Toutefois, le médecin qui signe le formulaire établissant le besoin en soins contrôle également la classification dudit besoin. En l'absence de ce contrôle, il reste toujours la vérification opérée lors la visite de contrôle de l'assureur auprès des fournisseurs de prestations. Toutefois, les assureurs connaissent les patients essentiellement par les éléments disponibles dans les dossiers individuels, aussi leur est-il moins facile d'identifier des classifications erronées, en particulier lorsque le besoin en soins est surévalué, que dans le cas où le médecin traitant doit signer un formulaire.

³⁵ www.santesuisse.ch > onlineshop fournisseurs de prestations > Commentaires relatifs à la statistique et à l'indice ANOVA.

6 Relation avec le droit européen

6.1 Droit de l'Union européenne

Aux termes de l'art. 3, par. 3, al. 2, du Traité sur l'Union européenne³⁶, l'Union a pour mission de promouvoir la justice et la protection sociales. La libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union est fixée à l'art. 45, du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE)³⁷. Le principe de la libre circulation requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 48, TFUE. Le droit européen ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale, les Etats membres conservant la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. La coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est mise en œuvre par le règlement (CE) n° 883/2004³⁸ et par le règlement d'application n° 987/2009³⁹. Depuis le 1^{er} juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes⁴⁰ qu'elle a conclu avec l'UE et ses Etats membres, la Suisse participe à ce système multilatéral de coordination.

La recommandation du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale⁴¹ invite les Etats membres à assurer notamment aux personnes qui résident légalement sur leur territoire l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant la prévention des maladies.

6.2 Instruments du Conseil de l'Europe

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 (CESS)⁴² règle, dans sa partie II, les soins médicaux. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du code doit notamment garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas de maladie, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas de maladie, et la durée des prestations servies peut être limitée à 26 semaines par cas. Lors de la ratification du CESS, la Suisse a déclaré ne pas reprendre les obligations découlant de la partie II.

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 étend le champ d'application personnel et matériel du CESS. Il entrera en vigueur dès que deux membres au moins du Conseil de l'Europe l'auront ratifié. A ce jour, seuls les Pays-Bas l'ont ratifié (22.12.2009) et treize autres Etats l'ont signé.

³⁶ JO C 326 du 26.10.2012, p. 13.

³⁷ JO C 326 du 26.10.2012, p. 47.

³⁸ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, (RS **0.831.109.268.1**).

³⁹ Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS **0.831.109.268.11**).

⁴⁰ RS **0.142.112.681**

⁴¹ JO C L 245 du 26 août 1992, p. 49.

⁴² RS **0.831.104**

