

05.025

**Message
relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime
de financement des soins**

du 16 février 2005

Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent message, un projet de loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, en vous proposant de l'approuver.

Par la même occasion, nous vous proposons de classer les interventions parlementaires suivantes:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 2003 | P | 02.3626 | Transparence et cohérence entre les différentes prestations des assurances sociales et la LAMal (N 20.6.2003, Loepfe) |
| 2003 | P | 02.3645 | Rapport sur un modèle «dual» (N 8.12.2003 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN 00.079) |
| 2004 | M | 03.3597 | Réforme du financement des soins (N 8.12.2003, E 3.6.2004, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN 00.079) |

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

16 février 2005

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Samuel Schmid
La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

Condensé

Avec la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, le domaine des soins a été considérablement étendu, ce qui s'imposait du point de vue de la politique sociale: alors que, sous l'ancien droit, les contributions aux frais de soins étaient souvent minimes, l'assurance obligatoire des soins rembourse dès lors les prestations de soins fournies en ambulatoire, à domicile, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social (EMS). Le cercle des fournisseurs de prestations a du même coup été élargi: si l'ancien droit ne reconnaissait à ce titre que les infirmières et les infirmiers travaillant à leur propre compte, le nouveau droit reconnaît également comme fournisseurs de prestations les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile.

Le montant, estimé avant la promulgation de la LAMal, du surcoût dû à cette extension des prestations a été dépassé pour la première fois en 1999 et la tendance reste à une hausse de ces coûts, même si l'on peut constater un ralentissement de la hausse et un rapprochement avec l'évolution moyenne des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Cependant l'évolution de la démographie, de la médecine et de la société, qui laisse présager un besoin croissant de prestations de soins, incite à penser que les coûts des soins vont augmenter toujours plus.

Afin de mieux contrôler l'évolution financière du domaine des soins, des tarifs-cadres ont été introduits en 1998 au niveau de l'ordonnance. Conçus comme une mesure limitée dans le temps, ces tarifs-cadres ne peuvent représenter une solution viable à moyen ou à long terme. C'est pourquoi ils doivent être remplacés par un nouveau régime de financement des soins qui prenne également en compte les autres assurances sociales et les autres agents de financement. Aussi le Conseil fédéral a-t-il décidé le 25 février 2004, dans le cadre de son plan de réforme de l'assurance-maladie, d'adopter à l'intention du Parlement, d'ici la fin de 2004, un message relatif à ce nouveau régime.

Un nouveau régime de financement des soins doit poursuivre deux objectifs: d'une part, améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins; d'autre part, éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie qui, dans le système actuel, prend en charge un nombre croissant de prestations de soins liées à la vieillesse. Si, dans la pratique quotidienne des soins, on n'est guère amené à faire la distinction entre ceux qui sont dus à la maladie et ceux qui sont liés à l'âge, il est indéniable que la vieillesse augmente nettement le risque d'avoir besoin de soins. Dans le système suisse d'assurances sociales tel qu'il s'est développé au fil des ans, structuré en fonction des risques, il ne faudrait pas que cette charge supplémentaire due à l'âge soit supportée sans limites par l'assurance-maladie.

Le présent message relatif à la promulgation d'une loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins reprend ces objectifs et propose un modèle de financement harmonisé entre les diverses assurances sociales. Ce modèle s'appuie, dans l'assurance-maladie, sur les notions, déjà inscrites dans le droit actuel, de

soins de base et de soins de traitement. Son idée maîtresse est que l'assurance-maladie prenne intégralement en charge les coûts des mesures médicales qui poursuivent un but thérapeutique ou palliatif (soins de traitement), mais ne verse qu'une participation aux coûts des soins de base, visant à satisfaire les besoins humains fondamentaux. Le modèle proposé s'applique à tous les assurés pour les soins qu'ils reçoivent à domicile ou en EMS, mais non pour les soins dispensés en cas d'hospitalisation.

L'on peut s'attendre à ce que la participation aux coûts des soins de base sera fixée de manière à laisser plus ou moins inchangée la charge pesant aujourd'hui sur l'assurance-maladie avec les tarifs-cadres. A court terme, les effets seront donc limités pour les personnes nécessitant des soins, mais à moyen ou à long terme, si la participation aux coûts des soins de base reste inchangée, il faut s'attendre à ce que la charge financière pesant sur les ménages augmente. Pour faire contrepois, du moins partiellement, deux mesures de politique sociale sont prévues.

D'une part, une allocation pour impotent est introduite dans l'AVS pour les rentiers vivant à domicile et présentant une impotence légère. Cette allocation, qui entraînera un coût supplémentaire de 20 millions de francs, doit – combinée avec la participation de l'assurance-maladie aux coûts des soins de base – servir à financer l'aide reçue de tiers pour accomplir les activités de la vie quotidienne. D'autre part, pour les pensionnaires de home nécessitant des soins, le plafond annuel des prestations complémentaires (PC), actuellement fixé à 30 000 francs environ, est supprimé. Cette mesure entraîne des dépenses supplémentaires de 236 millions de francs pour l'ensemble des prestations complémentaires (158 mio. pour les PC à l'AVS et 78 mio. pour les PC à l'AI).

Le projet propose des mesures du côté du financement, mais aussi du côté des coûts (prévention de la dépendance, renforcement des instruments de maîtrise des coûts). Il ne fait cependant aucun doute que le potentiel de rationalisation dans le domaine des soins est moindre que dans d'autres domaines de l'assurance-maladie sociale.

Table des matières

Condensé	1912
1 Situation générale	1916
1.1 État actuel des soins en Suisse	1916
1.1.1 Vieillesse et soins dans le contexte socio-politique	1916
1.1.2 Définition des soins et objet	1917
1.1.3 Les soins formels et leur réglementation juridique	1918
1.1.3.1 Normes constitutionnelles relatives aux soins	1918
1.1.3.2 Prestations primaires de soins des assurances sociales	1918
1.1.3.2.1 Traitements médicaux	1918
1.1.3.2.2 Moyens auxiliaires	1922
1.1.3.2.3 Allocations pour impotent	1923
1.1.3.3 Prestations subsidiaires de soins des autres systèmes de prestations sociales	1925
1.1.3.3.1 Prestations complémentaires	1926
1.1.3.3.2 Aide sociale	1928
1.1.3.4 Les règles de coordination	1928
1.1.4 Les soins informels	1929
1.1.5 Financement actuel des soins	1930
1.1.5.1 Financement au niveau général	1930
1.1.5.2 Financement au niveau individuel	1932
1.1.6 Digression: couverture du risque de dépendance dans les systèmes sociaux étrangers	1933
1.1.6.1 Aperçu des approches pratiquées à l'étranger	1933
1.1.6.2 Approches pratiquées dans deux pays voisins	1934
1.2 Problèmes et défis dans le secteur des soins	1935
1.2.1 Niveau des prestations en cas de dépendance liée à la vieillesse	1935
1.2.2 Evolution des coûts des soins à moyen et à long termes	1936
1.2.3 Forte charge financière de l'assurance-maladie	1938
1.2.3.1 Charges de l'assurance obligatoire des soins	1938
1.2.3.2 Déplacement des parts de financement	1940
1.3 Procédure de consultation	1941
1.3.1 Grandes lignes du projet mis en consultation	1941
1.3.2 Résultats de la procédure de consultation	1943
1.3.2.1 En général	1943
1.3.2.2 Résultats sur les points essentiels	1943
2 Grandes lignes du projet	1944
2.1 Idée maîtresse du nouveau modèle de financement	1944
2.2 Questions de définition	1945
2.2.1 Soins de base et soins de traitement	1945
2.2.2 Définition de l'impotence	1945
2.3 Mesures d'accompagnement	1946
2.3.1 Mesures d'accompagnement relatives à la maîtrise des coûts	1946
2.3.1.1 Remarque préliminaire sur la maîtrise des coûts dans le domaine des soins	1946

2.3.1.2 Renforcement de la prévention	1947
2.3.1.3 Renforcement des instruments de maîtrise des coûts	1949
2.3.2 Mesures d'accompagnement relevant de la politique sociale	1950
2.4 Eléments de révision non retenus	1950
2.4.1 Assurance des soins	1950
2.4.2 Financement dualfixe	1951
2.4.3 Modèle des fournisseurs de prestations d'avril 2004	1952
2.4.4 Modèle de contribution	1953
2.4.5 Extension de la reconnaissance des bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS	1954
2.4.6 Impôt fédéral sur les successions, source complémentaire de financement	1954
2.5 Interventions parlementaires	1955
3 Commentaire des différents articles	1955
3.1 Modifications de l'assurance-maladie	1955
3.1.1 Modifications au niveau de la loi	1956
3.1.2 Perspective: modifications au niveau de l'ordonnance	1956
3.2 Modifications de l'AVS	1957
3.3 Modifications en matière de prestations complémentaires	1958
4 Conséquences	1958
4.1 Conséquences financières	1958
4.1.1 Remarques générales	1958
4.1.2 Conséquences financières pour les différentes assurances sociales	1959
4.1.3 Conséquences financières pour les pouvoirs publics	1960
4.1.4 Conséquences financières pour les ménages ou les personnes dépendantes de soins	1960
4.2 Conséquences pour le personnel	1961
4.3 Conséquences pour l'économie publique	1961
5 Rapport avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons	1962
6 Rapport avec le programme de la législation	1963
7 Aspects juridiques	1963
7.1 Constitutionnalité	1963
7.2 Relation avec le droit européen	1963
7.2.1 Le droit de la Communauté européenne	1963
7.2.2 Les instruments du Conseil de l'Europe	1964
7.3 Assujettissement au frein aux dépenses	1964
7.4 Délégation de compétences législatives	1965
Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (Projet)	1973

Message

1 Situation générale

1.1 État actuel des soins en Suisse

1.1.1 Vieillesse et soins dans le contexte socio-politique

Jamais encore dans notre société on n'avait atteint un âge si avancé. En vingt ans seulement (de 1982 à 2000), l'espérance de vie des hommes a passé, en moyenne, de 72,6 à 76,9 ans et celle des femmes de 79,3 à 82,6 ans. Cette évolution s'explique par les progrès sur les plans médical, économique et social: niveau de vie plus élevé, recul de la mortalité infantile, amélioration de l'hygiène, avancées dans la médecine préventive et curative. Or, ce sont souvent ses conséquences négatives qui sont mises en avant dans le débat public. On parle irrespectueusement du «vieillessement de la société» et du «piège du vieillissement démographique»; l'accroissement du nombre de personnes âgées est perçu comme une menace pour le financement de l'Etat social. A en croire les stéréotypes, les aînés seraient conservateurs, déboussolés, isolés, dépressifs et dépendants d'aide – une perception correspondant à la vision traditionnelle des déficiences accompagnant la vieillesse.

Mais une tout autre façon de voir les choses existe: la société ne vieillit pas, elle reste plus longtemps jeune. Les personnes atteignent un plus grand âge, mais elles restent aussi plus longtemps en bonne santé physique et mentale. L'amélioration a été constante ces dernières décennies. La «retraite» est toujours plus souvent synonyme d'étape de vie encore longue que l'on peut largement organiser à sa guise et qui offre de nouvelles perspectives. Les statistiques confirment cette tendance: entre 1981/82 et 1997/99, les années de vie sans handicap ont progressé de cinq ans au moins chez les femmes, celles avec handicap ayant reculé de deux ans. Dans la même période, les hommes ont gagné plus de quatre années de vie sans handicap, celles où ils en souffrent ayant diminué d'une demi-année¹. Ce constat est important pour ce qui est de l'évolution des besoins en soins: si les personnes âgées nécessitent plus tard de l'aide et des soins, cela signifie que la progression des besoins est plus lente que ne le laisseraient penser les relevés démographiques.

L'avènement d'une «société de longue vie» a aussi une incidence sur le secteur des soins. Le fait de dépendre de soins, compris comme une perte permanente d'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, a longtemps été un risque qui devait dans une très large mesure être couvert par les prestations d'aide fournies par les réseaux informels (comme la famille, les amis ou voisins). Bien que cette assistance informelle n'ait en rien perdu de son importance, les besoins en soins ont toujours plus été reconnus comme un risque involontaire de la vie et un problème structurel à résoudre non pas de façon individuelle, mais par des systèmes collectifs de sécurité sociale. Ainsi, la mise sur pied des premiers systèmes de sécurité sociale à partir de la fin du 19^e siècle a coïncidé avec l'introduction successive de prestations d'assurance sociale pour des situations de dépendance aux soins souvent liées à la survenance de risques légis par le droit des assurances sociales, comme la vieillesse, l'invalidité, la maladie ou l'accident.

¹ François Höpflinger, Valérie Hugentobler: Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, Berne 2003, p. 27.

Deux changements qui se dessinent déjà depuis un certain temps ont aujourd'hui un impact durable sur cette interaction entre aide formelle et aide informelle. D'une part, l'évolution démographique marquée par un allongement de l'espérance de vie et par la baisse de la natalité laisse supposer que le nombre croissant de personnes âgées à très âgées ira de pair avec une augmentation de la proportion des personnes nécessitant des soins – encore que la proportion exacte fasse l'objet de controverse. Ce phénomène a d'autant plus de poids qu'avec la diminution du nombre d'enfants, c'est aussi le potentiel de personnes dispensant des soins informels qui se réduira. D'autre part, la transformation des structures sociales joue aussi un rôle accru: du fait que la part des ménages à une personne, celle des petites familles et celle des femmes exerçant une activité lucrative augmentent, l'aide informelle tend à diminuer et le besoin en soins institutionnels à croître. Ces mutations dans les structures démographiques et sociales font apparaître la nécessité de réexaminer plus en détail l'équilibre entre aide formelle et aide informelle et, le cas échéant, de les contrebalancer.

Face à ces évolutions de la société et de la politique sociale, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a entamé, en 2004, les travaux préparatoires d'un projet «Vieillesse et santé». L'objectif est d'assumer un rôle actif dans les débats et les décisions ayant trait à la santé des personnes âgées. Dans une première étape, l'OFSP entend, avec des partenaires externes (autorités fédérales, cantons, milieux spécialisés, associations professionnelles, etc.), identifier et approfondir les thèmes principaux, les domaines d'action et la répartition possible des tâches entre les partenaires. Le but de ce processus devrait être notamment d'encourager les personnes âgées à mener une vie autonome grâce à une prévention ciblée et une incitation à la mise en place de structures adéquates. Cela permettrait d'une part d'améliorer les conditions de santé et la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches et, d'autre part, de freiner la hausse des coûts des soins et d'assurer aussi à long terme le financement des soins. Le transfert de l'assurance-maladie et accidents de l'Office fédéral des assurances sociales à l'OFSP, opéré au début de 2004, facilite en outre une approche globale et centralisée des thèmes de politique de la santé.

1.1.2 Définition des soins et objet

Activité d'une extrême hétérogénéité et aux multiples dimensions, les soins se dérober dans une large mesure à une définition précise. En partant du but et de la raison d'être des soins, des tentatives de définition figurent toutefois dans la littérature², qui décrivent les soins de façon générale comme la prestation fournie par une personne à certaines personnes ou groupes oscillant entre santé et maladie. Moyennant des soins, la prestation vise à promouvoir, conserver ou rétablir la santé, à prévenir ou calmer les souffrances et à permettre de faire face à un état de santé fluctuant ou de mourir dans la dignité. Elle a pour raison d'être d'aider les patients ayant une autonomie limitée dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie afin qu'ils puissent reprendre, continuer, réadapter ou reconstruire leur vie quotidienne. Mais quelles que soient les périphrases utilisées pour définir les soins, toutes

² Pour un survol, voir le rapport «Revalorisation du statut des personnels soignants» de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie en réponse au postulat 02.3211 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats.

ont en commun d'y rattacher fortement les aspects médicaux, psychiques, sociaux et fonctionnels dont il faut tenir compte dans le cas d'espèce en fournissant la prestation³.

1.1.3 Les soins formels et leur réglementation juridique

1.1.3.1 Normes constitutionnelles relatives aux soins

La Constitution (Cst.) contient une seule disposition se rapportant explicitement aux soins ou au besoin de soins. Conformément au but social inscrit à l'art. 41, al. 1, let. b, Cst.⁴, la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. Le besoin qualifié de protection qui accompagne en général la situation de dépendance des personnes concernées accentue encore l'importance à accorder à ce but social, qui lie également le législateur en tant que maxime d'action du droit constitutionnel formel. Il en va de même pour d'autres postulats du droit fondamental présentant un lien particulièrement étroit avec la problématique des soins. On peut mentionner notamment le principe de la dignité humaine (art. 7 Cst.), le droit à l'autodétermination protégé par la liberté personnelle (art. 10, al. 2, Cst.) ou l'interdiction de discriminer (art. 8, al. 2, Cst.) qui protège contre des inégalités de traitement qualifiées et contre l'exclusion précisément aussi les personnes âgées ou handicapées, donc souvent dépendantes de soins. A l'instar de tous les droits fondamentaux, ces divers principes renferment une dimension programmatique qui fixe des limites contraignantes et matérielles à la marge de manœuvre du législateur.

1.1.3.2 Prestations primaires de soins des assurances sociales

On entend par prestations primaires de soins les prestations en espèces, en nature ou sous forme de services allouées par les assurances sociales aux personnes nécessitant des soins. Il s'agit essentiellement de trois catégories de prestations.

1.1.3.2.1 Traitements médicaux

Le droit à un traitement médical, tel qu'il est octroyé dans différentes branches des assurances sociales, comprend toujours des prestations de soins, pouvant être fournies sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier, dont les conditions d'octroi et l'étendue divergent toutefois sensiblement:

³ Voir à ce sujet les Directives médico-éthiques et recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales concernant le traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, Bulletin des médecins suisses, 2004, p. 1390 ss, en particulier ch. 2.1.

⁴ RS 101

– *Assurance-maladie*

Aux termes de l'art. 25 LAMal⁵, l'assurance-maladie prend en charge les coûts des prestations qui «servent à diagnostiquer ou à traiter *une maladie et ses séquelles*». L'art. 25, al. 2, let. a, LAMal précise que sont aussi concernés les soins «dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social». Cette définition générale des prestations rattache l'assurance-maladie – en théorie au moins – à la dépendance due à la maladie tout en excluant celle liée à la vieillesse. Du point de vue de la loi et des ordonnances, cette définition générale est précisée comme suit:

– *Prestations en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social*

En ce qui concerne les traitements nécessaires en milieu hospitalier, la LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, a introduit une obligation de prestation illimitée dans le temps – et non plus de deux ans comme dans l'ancien droit – englobant les soins médicaux, ainsi que les frais d'hébergement et de repas⁶. En cas de séjour dans un établissement médico-social, reconnu comme fournisseur de prestations seulement depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile (art. 50 LAMal). L'assurance ne rembourse qu'un catalogue précis de prestations exhaustivement énumérées. Pour les soins dispensés dans un home, seule la taxe de soins est remboursée – dans les limites des tarifs-cadres fixés par ordonnance – et non la taxe pour l'hébergement et les repas. Les frais d'encadrement ne sont pas remboursés non plus.

– *Prestations ambulatoires en dehors des structures hospitalières (Spitex)*

La LAMal a aussi étendu les prestations en matière de soins extra-hospitaliers, dont le catalogue est défini de façon exhaustive dans l'OPAS⁷. Les prestations obligatoirement prises en charge comprennent – outre l'évaluation des besoins et les conseils pour les soins (art. 7, al. 2, let. a, OPAS) – les soins de traitement, qui incluent les prestations médicales servant au diagnostic et au traitement (art. 7, al. 2, let. b, OPAS). Les soins de base recouvrent des prestations de nature non médicale au sens où elles ne font plus partie du traitement médical, mais visent à compenser les conséquences de l'impotence pour les personnes dépendantes de soins. Selon l'OPAS, il s'agit d'activités que les patients ne sont pas en mesure d'exécuter seuls, comme leur bander les jambes, leur mettre des bas de compression, refaire leur lit, les installer, etc. (art. 7, al. 2, let. c, OPAS). Enfin, les prestations de soins de base des maladies psychiatriques et psycho-gériatriques figurent aussi dans la liste de l'OPAS (art. 7, al. 2, let. c, ch. 2, OPAS). Les patients souffrant de maladies psychiques ou de démence sénile requièrent souvent

⁵ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10.

⁶ Les assurés eux-mêmes versent une contribution de 10 francs/jour aux frais d'hôtellerie du séjour hospitalier (art. 64, al. 5, LAMal en corrélation avec l'art. 104 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal, RS 832.102]).

⁷ Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31.

pour leur propre protection et celle de tiers une surveillance et un encadrement permanents. Dans le cas des patients de longue durée présentant une maladie psychique, il est difficile de tracer une limite entre la nécessité d'un séjour en milieu hospitalier et la dépendance aux soins. La question de savoir ce qui prime, du traitement de la maladie ou de l'encadrement du patient, est déterminante à cet égard.

– *Mesures de réadaptation médicale*

Parallèlement aux soins et au traitement de la maladie proprement dit, la LAMal prévoit aussi à l'art. 25, al. 2, let. d, des mesures de réadaptation médicale. Celle-ci commence là où le traitement de la maladie en soi est achevé et où il faut rétablir l'intégration professionnelle, fonctionnelle ou sociale compromise par la maladie. Si la réadaptation médicale ne permet plus d'espérer une amélioration, il faut parler d'un cas de soins.

– *Assurance-accidents*

Selon l'art. 10 LAA⁸, l'assuré a droit au traitement médical *approprié* des lésions résultant de l'accident, qui comprend notamment

- le traitement ambulatoire (dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien⁹),
- le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital et
- les soins à domicile prescrits par un médecin, à condition qu'ils soient donnés par une personne soignante ou une organisation d'aide et de soins à domicile autorisées par le droit de l'assurance-maladie (art. 18, al. 1, OLAA¹⁰). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il n'existe pas de catalogue de prestations analogue à celui de l'art. 7 OPAS. Mais le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a défini les soins à domicile et délimité l'obligation de prise en charge des prestations¹¹. Selon le TFA, la notion de soins à domicile dans l'assurance-accidents obligatoire est complexe et peut être en substance décomposée dans les catégories suivantes:
 - *applications médicales à des fins thérapeutiques* qui sont exécutées ou prescrites par un médecin;
 - *soins médicaux au sens de soins infirmiers* auxquels manque la finalité thérapeutique (curative), mais qui n'en sont pas moins indispensables au maintien de l'état de santé (comme la pose d'un cathéter, les soins des plaies ou les perfusions; voir art. 21, al. 1, let. d, LAA);

⁸ Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS **832.20**.

⁹ A la différence de l'assurance-maladie (qui suit le principe de l'indemnisation des coûts), l'assurance-accidents est caractérisée par le *principe de la prestation en nature*, dont l'avantage est que l'assureur peut influencer directement sur le traitement médical, en ayant son mot à dire sur le choix de l'établissement hospitalier, du médecin et du genre de traitement.

¹⁰ Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS **832.202**.

¹¹ Voir ATF **116 V 41**; RAMA **1993 U 163**, p. 55.

- *soins de nature non médicale*, qu'il s'agisse de prestations destinées à aider la personne concernée à accomplir les activités de la vie quotidienne (p. ex. s'habiller et se dévêtir, soigner son hygiène corporelle, s'alimenter) ou d'aides dans son environnement pour faire le ménage ou s'occuper d'autres tâches quotidiennes.

Conformément à la jurisprudence du TFA, l'obligation de prise en charge des prestations de soins à domicile se limite au *traitement médical* et aux *soins médicaux*. *Il n'existe pas de droit au remboursement des coûts pour les soins ou l'aide de nature non médicale*. Cependant, l'exigence d'une prescription médicale ne doit pas être comprise au sens formel strict; il suffit que les mesures médicales exécutées à domicile aient une indication médicale selon le dossier.

Par ailleurs, les assureurs LAA prennent généralement en charge une contribution équitable aux soins ou à l'aide de nature non médicale dus à l'accident.

Le droit aux soins à domicile existe tant que dure le droit au traitement médical (c'est-à-dire tant que la continuation du traitement médical permet d'escompter une sensible amélioration de l'état de santé, art. 19, al. 1, LAA, a contrario). Après la fixation de la rente invalidité, il ne subsiste un droit aux traitements médicaux que sous les conditions restrictives de l'art. 21 LAA.

- *Assurance militaire*

L'assurance militaire répond de toutes les affections physiques, mentales ou psychiques de la personne assurée, ainsi que de leurs conséquences économiques directes (art. 4, al. 1, LAM¹²). Dans le cadre du traitement médical, la personne assurée a droit à un traitement approprié et économique visant à améliorer son état ou sa capacité de gain ou à les préserver d'une atteinte plus considérable (art. 16, al. 1, LAM). Les traitements médicaux comprennent l'examen et le traitement médicaux ainsi que les soins, qui peuvent être administrés ambulatoirement, à domicile, ou en milieu hospitalier ou semi-hospitalier. L'examen et le traitement doivent être entrepris à l'aide de moyens et de méthodes dont l'efficacité est prouvée (art. 16, al. 2, LAM). L'assurance militaire définit en outre les conditions d'autorisation pour les fournisseurs de prestations. Ainsi sont considérés établissements de soins les établissements publics et les homes privés reconnus d'utilité publique qui offrent le logement, les soins et l'assistance aux personnes âgées ou infirmes (art. 11, al. 3, OAM¹³).

- *Assurance-invalidité*

Les personnes assurées à l'AI ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans (art. 13 LAI¹⁴). C'est ensuite l'assurance-maladie qui prend le relais et supporte les frais de traitement dans le cadre de la LAMal. Sont réputés mesures médicales tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et

¹² Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire, RS **833.1**.

¹³ Ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire, RS **833.11**.

¹⁴ Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS **831.20**.

qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2, al. 3, OIC¹⁵). De plus, l'assurance invalidité accorde à tous les assurés (c.-à-d. mineurs et majeurs) des mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain, ou à la préserver d'une diminution notable (art. 12 LAI). Seules les mesures médicales ayant un rapport direct avec la réadaptation professionnelle sont à la charge de l'assurance invalidité.

1.1.3.2.2 Moyens auxiliaires

Les moyens auxiliaires sont des appareils dont l'usage remplace la perte de certaines parties ou fonctions du corps humain et qui visent l'intégration professionnelle et sociale ou l'accoutumance fonctionnelle de l'ayant droit. Les conditions d'octroi et l'étendue des prestations sont réglées différemment selon l'assurance sociale concernée:

- L'*assurance-invalidité* met à disposition de la personne assurée les moyens auxiliaires dont elle a besoin par suite de son invalidité pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels (p. ex. ménage), pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (art. 21, al. 1, LAI). Les assurés qui ont besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle, ont droit, *sans égard à leur capacité de gain*, à de tels moyens auxiliaires (art. 21, al. 2, LAI). En lieu et place de moyens auxiliaires, l'AI peut en outre accorder certaines prestations de remplacement (art. 21^{bis} LAI). S'y rattachent les contributions aux coûts occasionnés par les services d'un tiers, lorsque la personne assurée a besoin de prestations personnelles d'aide, par exemple pour aller à son travail, exercer une activité lucrative ou acquérir des aptitudes particulières qui permettent de maintenir des contacts avec l'entourage (art. 21^{bis}, al. 2, LAI; art. 9 OMAI¹⁶).
- Dans l'*assurance-vieillesse et survivants*, les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit sous certaines conditions à des moyens auxiliaires pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou assurer leur indépendance (art. 43^{ter}, al. 1, LAVS¹⁷). L'AVS prévoit aussi la remise de moyens auxiliaires aux bénéficiaires de rentes pour exercer une activité lucrative ou accomplir leurs travaux habituels (art. 43^{ter}, al. 2, LAVS). La liste des moyens auxiliaires admis par l'AVS est plus courte que celle de l'AI. Les assurés jouissant de la garantie des droits acquis (c.-à-d. bénéficiant déjà de moyens auxiliaires lorsqu'ils étaient encore en âge AI) continuent d'avoir droit aux prestations

¹⁵ Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales, RS 831.232.21.

¹⁶ Ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité, RS 831.232.51.

¹⁷ Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10.

dans la même mesure que ce que prévoyaient les dispositions de l'AI (art. 4 OMAV¹⁸).

- Les moyens auxiliaires octroyés par l'*assurance-accidents* sont destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction causés par un accident ou une maladie professionnelle (art. 11, al. 1, LAA). La liste des moyens auxiliaires remis figure dans l'annexe à l'ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents¹⁹.
- Dans l'*assurance militaire*, la personne assurée a droit à des moyens auxiliaires dans le but d'améliorer son état de santé, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels, d'entreprendre des études et une formation professionnelle, de favoriser une adaptation fonctionnelle, de se déplacer, de développer son autonomie et d'établir des contacts avec son entourage (art. 21, al. 1, LAM). L'assurance militaire alloue aussi des contributions à l'assuré qui a besoin des services de tiers en lieu et place d'un moyen auxiliaire (art. 21, al. 4, LAM). Contrairement aux autres branches des assurances sociales, l'assurance militaire ne connaît pas de catalogue exhaustif des moyens auxiliaires.
- Les *moyens et appareils* prévus dans l'*assurance-maladie* ne peuvent être assimilés aux moyens auxiliaires des autres assurances sociales. Tandis que les moyens auxiliaires compensent une perte de longue durée d'une fonction corporelle, les moyens et appareils obéissent aux fins d'un diagnostic, d'une thérapie ou de soins ou servent à la réadaptation médicale. Il n'est pas toujours aisé de les distinguer des moyens auxiliaires, car certains appareils comme les lunettes, les appareils acoustiques ou les chaussures orthopédiques peuvent être utiles à la fois au traitement médical et à la compensation de la perte d'une fonction corporelle. La distinction doit se fonder sur la détermination objective de la finalité. Les moyens et appareils figurent dans une liste séparée (LiMA) qui constitue l'annexe 2 à l'OPAS.

1.1.3.2.3 Allocations pour impotent

Différentes branches des assurances sociales accordent aux personnes «qui, en raison d'une atteinte à leur santé, ont besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne»²⁰ une prestation en espèces appelée allocation pour impotent. Elle est allouée – sauf par l'assurance militaire – sous une forme type, c'est-à-dire indépendamment du niveau des coûts dans un cas d'espèce. Si la notion d'allocation pour impotent et le but de celle-ci sont, en principe, les mêmes dans toutes les branches de l'assurance sociale, des différences et des particularités existent, notamment en ce qui concerne les catégories de bénéficiaires, les conditions d'octroi et la définition concrète des prestations:

¹⁸ Ordonnance du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse, RS **831.135.1**.

¹⁹ Ordonnance du 18 octobre 1984 sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents, RS **832.205.12**.

²⁰ Définition de l'impotence aux termes de l'art. 9 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS **830.1**).

– *L'allocation pour impotent dans l'assurance-invalidité*

Dans l'AI, les personnes assurées invalides qui résident en Suisse ont droit à l'allocation pour impotent de la naissance jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge légal de la retraite (art. 42, al. 1, LAI), l'allocation étant échelonnée selon le degré d'impotence (faible, moyenne ou grave). La 4^e révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, a apporté quelques améliorations matérielles en matière de soins et de prise en charge des personnes vivant avec un handicap. Cette révision visait à permettre aux tributaires de prestations d'aide personnelles en raison d'un handicap de mener une vie encore plus autonome et responsable. En ce qui concerne l'allocation pour impotent, il convient de relever les nouveaux points suivants:

- *Uniformité de l'allocation pour impotent*: dans la 4^e révision de l'AI, une allocation pour impotent uniforme remplace les allocations pour impotent de l'AI destinées aux personnes majeures, les contributions aux frais de soins spéciaux pour mineurs impotents et les contributions aux frais de soins à domicile.
- *Extension de la notion d'impotence*: la 4^e révision de l'AI a étendu la notion d'impotence de la LPGA au domaine de l'AI. Est désormais aussi réputée impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin en permanence d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (voir art. 42, al. 3, LAI).
- *Augmentation de l'allocation pour impotent*: le montant de l'allocation pour impotent versée aux personnes nécessitant de l'assistance et qui ne vivent pas dans un home a doublé avec la nouvelle loi (art. 42^{ter}, al. 1, LAI). Parallèlement, les montants accordés par les prestations complémentaires pour le remboursement des coûts de maladie et d'invalidité – dont font aussi partie les frais dûment établis pour l'aide ambulatoire, les soins et l'assistance – ont aussi connu une augmentation²¹. Pour les assurés vivant dans un home, le montant de l'allocation pour impotent correspond à la moitié de celui prévu pour les personnes n'habitant pas dans un home (art. 42^{ter}, al. 2, LAI).
- *Introduction d'un supplément pour soins intenses*: les mineurs impotents qui ont besoin de soins intenses et ne vivent pas dans un home ont droit en plus de l'allocation à un supplément pour soins intenses (art. 42^{ter}, al. 3, LAI).

– *L'allocation pour impotent dans l'AVS*

Dans l'AVS, l'allocation pour impotent est versée aux bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires ayant leur domicile en Suisse qui présentent une impotence grave ou moyenne. Pour ce qui est des montants, la 4^e révision de l'AI n'a pas apporté de modifications sauf pour les personnes qui ont déjà bénéficié avant 65 ans d'une allocation pour impotent de l'AI supérieure (cas de garantie des droits acquis en vertu de l'art. 43^{bis}, al. 4, LAVS).

²¹ Voir à ce sujet le ch. 1.1.3.3.1.

– *L'allocation pour impotent dans l'assurance-accidents*

L'allocation pour impotent de l'assurance-accidents est octroyée au plus tôt à la naissance du droit à une rente AA. Elle se calcule selon trois degrés d'impotence. Son montant dépend du montant maximum du gain journalier assuré, l'allocation pour impotent mensuelle s'élevant au minimum à deux fois et au maximum à six fois le montant maximum du gain journalier assuré (art. 38, al. 1, OLAA).

– *L'allocation pour impotent dans l'assurance militaire*

L'assurance militaire accorde des indemnités supplémentaires à la personne assurée servant dans l'armée, la protection civile ou le service civil lorsqu'un traitement à domicile ou une cure privée ont été autorisés et lui occasionnent des frais supplémentaires de logement, d'alimentation, de soins ou de garde pour le traitement de son affection assurée ou à cause de son impotence. Selon les directives émises, ces indemnités supplémentaires doivent couvrir les frais, les besoins étant examinés individuellement – contrairement à ce qui est le cas dans les autres branches des assurances sociales.

Tableau 1

Vue d'ensemble de l'allocation pour impotent dans les différentes branches des assurances sociales (état au 1^{er} janvier 2005)

	Montant de l'allocation pour impotent (API) en francs/mois					
	dans un home			en dehors d'un home		
	Impotence faible	impotence moyenne	impotence grave	impotence faible	impotence moyenne	impotence grave
AI + évent. SSI	215	538	860	430 430–1290	1075 430–1290	1720 430–1290
AVS	0	538	860	0	538	860
AA	586	1172	1758	586	1172	1758
AM	frais concrets	frais concrets	frais concrets	frais concrets	frais concrets	frais concrets

SSI = supplément pour soins intensifs

1.1.3.3 Prestations subsidiaires de soins des autres systèmes de prestations sociales

Les prestations subsidiaires sont allouées lorsque les ressources propres et les prestations primaires de soins prévues par les assurances sociales ne suffisent pas à couvrir les besoins.

1.1.3.3.1 Prestations complémentaires

De façon simplifiée, ont droit en principe à des prestations complémentaires, composées d'une prestation en espèces versée mensuellement et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, les bénéficiaires de certaines prestations de l'AVS ou de l'AI (rentes, allocations pour impotent, indemnités journalières) dont les dépenses reconnues dépassent les revenus déterminants ou dont les frais de maladie et d'invalidité ne sont pas couverts. Mais l'établissement du droit à des prestations de soins diverge à maints égards selon que les personnes vivent à domicile ou séjournent en permanence dans un home:

– *Personnes vivant à domicile*

Outre la prestation complémentaire annuelle versée sous forme de prestation mensuelle en espèces, les personnes vivant à domicile ont droit – dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité – à la couverture de frais dûment établis «d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires» (art. 3d, al. 1, let. b, LPC²²). L'ordonnance d'exécution²³ précise que les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie et dispensés par des services publics ou reconnus d'utilité publique sont remboursés. Les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dans un établissement de jour, un hôpital de jour ou un dispensaire, publics ou reconnus d'utilité publique, sont également remboursés. Les frais pour des prestations dispensées par des institutions privées sont remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique. Le remboursement est en tous cas limité aux montants annuels suivants (art. 3d, al. 2, LPC):

Tableau 2

Montants annuels maxima pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité

Personnes seules, personnes veuves, conjoints de personnes vivant dans un home (art. 3d, al. 2, LPC)	25 000 francs
Couples (art. 3d, al. 2, LPC)	50 000 francs
Orphelins de père et de mère (art. 3d, al. 2, LPC)	10 000 francs
Personnes seules bénéficiaires d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA	
– impotence grave (art. 3d, al. 2 ^{bis} , LPC)	90 000 francs
– impotence moyenne (art. 19b OPC-AVS/AI ²⁴)	60 000 francs
Couples au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA (selon le nombre de conjoints bénéficiant d'une API et selon le degré d'impotence) (art. 19b, al. 2, OPC-AVS/AI)	85 000 à 180 000 francs

²² Loi fédérale du 19 mars 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.30.

²³ Ordonnance du 29 décembre 1997 relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires, RS 831.301.1.

²⁴ Ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.301.

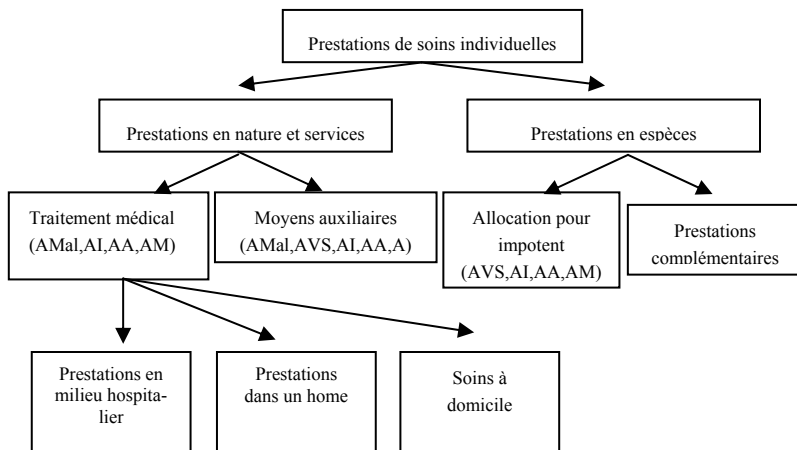
– *Personnes vivant dans un home:*

Dans le système des PC, les coûts des soins pour les personnes vivant à domicile sont principalement couverts par le biais du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Dans le cas des pensionnaires de home, la compensation financière s'effectue, au contraire, par le biais de la prestation mensuelle en espèces qui équivaut à la part des dépenses (en particulier taxe du home) excédant les revenus déterminants. Cela signifie que l'ensemble des frais des homes, y compris les dépenses pour les soins et l'assistance (encadrement), entrent dans le calcul des prestations en espèces, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité étant limité par la loi à 6000 francs par an (art. 3d, al. 3, LPC). A noter cependant que la prestation complémentaire est soumise à une double limitation:

- D'une part, la plupart des cantons ont fait usage de la possibilité que leur confère la loi (art. 5, al. 3, let. a, LPC) de limiter les coûts pris en compte pour un séjour dans un home²⁵. La limite maximale moyenne²⁶ pour les taxes de home oscille entre 28 000 francs (Tessin) et 79 000 francs (Bâle-Ville), la moyenne à l'échelle nationale avoisinant 59 000 francs.
- D'autre part, la prestation complémentaire annuelle (art. 3a, al. 3, LPC) pour les personnes vivant dans un home ne peut dépasser 30 900 francs²⁷.

Graphique 1

Vue d'ensemble des prestations de soins individuelles relevant du droit des assurances sociales



²⁵ A ce jour, seuls les cantons de Neuchâtel, de Bâle-Campagne et de Saint-Gall n'ont pas du tout fait usage de cette compétence.

²⁶ Il s'agit là d'une valeur moyenne prenant en compte les taxes des homes pour personnes âgées ou invalides, des établissements médico-sociaux, ainsi que des établissements hospitaliers et/ou les divers niveaux de besoins de soins.

²⁷ Sans le forfait annuel pour l'assurance-maladie obligatoire.

1.1.3.2 Aide sociale

L'aide sociale, régie par le droit cantonal, a pour but de remédier notamment aux situations de détresse économique – quelles qu'en soient les causes – en l'absence de ressources propres suffisantes ou de prestations allouées par d'autres systèmes comme les assurances sociales (primauté des assurances sociales et subsidiarité de l'aide sociale). Le droit constitutionnel d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse (art. 12 Cst.) pose le droit de recevoir «les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine». Les coûts des soins doivent donc en principe aussi être financés par l'aide sociale pour autant que d'autres prestations des assurances sociales et les sources privées ne suffisent pas.

A cet égard, les prestations d'aide sociale doivent être calculées en fonction des besoins de base, qui tiennent compte des acquis civilisationnels, sociaux et culturels de la société (appelés minimum vital social, lequel garantit aussi, au-delà du minimum vital absolu, la participation à la vie sociale et professionnelle). Selon les recommandations de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), l'aide sociale devrait donc aussi accorder – outre les coûts de home ou de soins à domicile non couverts – un montant laissé à libre disposition pour les personnes vivant chez elles et un montant forfaitaire destiné à couvrir les dépenses non comprises dans le prix de pension pour les personnes séjournant dans des établissements comme les foyers et les cliniques, dans des communautés thérapeutiques résidentielles ou dans des pensions. Ces montants doivent être adaptés au degré d'autonomie physique et psychique et se situent entre 255 et 510 francs par mois, conformément aux normes CSIAS en vigueur.

1.1.3.4 Les règles de coordination

C'est la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), en vigueur depuis 1^{er} janvier 2003, qui règle la coordination des prestations allouées par les différentes branches des assurances sociales. Des dispositions de coordination existent en outre dans les lois spéciales. La LPGA ne coordonne par principe que les prestations *de nature et de but identiques* (principe de la congruence). La coordination est par ailleurs importante en matière de soins lorsqu'il y a concours de diverses prestations en espèces provenant de différentes sources, la LPGA prévoyant dans ce cas l'interdiction générale de *surindemnisation* (art. 69). Selon le principe de la congruence, seules les prestations de nature et de but identiques peuvent être prises en considération dans le calcul de la surindemnisation. A noter à cet égard que la LPGA considère que le remboursement des frais de traitement et de réadaptation et le remboursement des frais de soins dus à l'impotence (art. 74, al. 2, let. a et d) sont de natures différentes. Selon la doctrine dominante, cela signifie que les prestations de soins de base payées par l'assurance-maladie obligatoire peuvent être cumulées avec les prestations (de type assistance) couvertes par l'allocation pour impotent.

1.1.4 Les soins informels

Le tableau d'ensemble du secteur des soins serait incomplet si, en plus des soins formels, régis notamment par le droit des assurances sociales, les prestations de soins informelles n'étaient pas prises en considération. Leur volume est en effet considérable, tout comme leur valeur, estimée pour l'année 2000 à 1,2 milliard de francs ou 20 % environ du coût des soins²⁸. Les études disponibles qui se sont attachées à quantifier les prestations de soins informelles²⁹ ne fournissent peut-être pas une image définitive, mais elles n'en confirment pas moins l'importance des soins informels pour le système suisse de santé.

- *Importance du nombre de personnes engagées dans les soins informels*: selon les résultats de l'Enquête suisse sur la santé, en 2002 environ un million de personnes ont apporté fréquemment, c.-à-d. au moins une fois par semaine, de l'aide à plus d'un demi-million de personnes. Une comparaison avec les formes organisées de soins à domicile (Spitex) montre clairement l'importance de cette aide informelle: 9 % de la population résidente ont reçu une aide bénévole durant les douze mois précédant l'enquête, alors que seulement 2,5 % ont profité de prestations Spitex.

Les bénéficiaires de cette aide informelle l'ont reçue surtout de membres de leur propre cercle familial: 77 % des prestations ont été fournies par le ou la partenaire, la fille, la mère ou d'autres membres de la famille, 23 % par des voisins ou des connaissances.

Parmi les personnes qui fournissent des prestations à titre bénévole, on note d'importantes différences entre les sexes: environ deux fois plus de femmes que d'hommes apportent de l'aide fréquemment, c.-à-d. au moins une fois par semaine. En outre, les femmes redoublent d'activité dans ce domaine après 40 ans, alors que l'augmentation est bien moindre chez les hommes du même âge.

- *Volume des soins informels*: les données concernant le volume horaire consacré aux soins sont lacunaires, mais selon une étude sur le travail non rémunéré en Suisse³⁰, 34,1 millions d'heures ont été consacrées en 2000 aux soins prodigués à des personnes adultes vivant dans le même ménage, alors que les services Spitex ont fourni, la même année, un peu moins de 4.9 millions d'heures pour des prestations à la charge de l'assurance-maladie³¹.

²⁸ Voir aussi à ce sujet ch. 1.2.2 ci-dessous.

²⁹ Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la santé: Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 2002, Neuchâtel 2004; Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes/Office fédéral de la santé publique (éd.), Genre et santé après 40 ans, Berne/Göttingen/Toronto/Seattle 1997; Paul Camenzind, Claudia Meier, Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz, Berne/Göttingen/Toronto/Seattle 2004.

³⁰ Office fédéral de la statistique, Compte satellite de production des ménages: Projet pilote pour la Suisse, Neuchâtel 2004.

³¹ Office fédéral des assurances sociales, Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2000, Berne 2002, tableau 6.3, p. 13.

Même si les relevés sont incomplets, la place prise par le travail non rémunéré dans le domaine de la santé doit être considérée comme importante. Que ce soit en complément ou parallèlement à l'aide et aux soins à domicile organisés, le travail bénévole accompli par les membres de la famille ou des voisins permet à de nombreuses personnes dépendantes d'éviter ou de différer plus longtemps les soins en établissement. Le thème des soins informels doit également être considéré en relation avec la ratification de la Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), par laquelle la Suisse s'est engagée à réaliser l'égalité des chances entre les sexes: pour mettre en œuvre la convention de l'ONU et pour donner suite à la Conférence mondiale des femmes de Pékin, le Conseil fédéral s'est donné en 1999 un plan d'action dans lequel la santé constitue un des thèmes majeurs. Dans le domaine des soins informels, il est prévu de recenser les prestations gratuites fournies par les femmes pour les soins et la santé des autres et d'en calculer le coût (mesure C 16), en distinguant les prestations remboursées par les caisses-maladie de celles qui ne le sont pas. A moyen terme, les prestations de soins fournies gratuitement en Suisse devraient donc être étudiées systématiquement, ce qui permettra, dans une étape ultérieure, d'examiner si d'autres mesures – et, le cas échéant, lesquelles – doivent être prises pour reconnaître et éventuellement encourager les prestations de soins non rémunérées.

1.1.5 Financement actuel des soins

1.1.5.1 Financement au niveau général

La présentation qui suit montre le financement du secteur des soins (dans un home ou à domicile) en 2002 selon les agents de financement:

Financement des soins en 2002 (état actuel)

Agents de financement	Etablissements médico-sociaux		Soins à domicile		Total	
	en millions de fr.	en %	en millions de fr.	en %	en millions de fr.	en %
AMal (assurance-maladie, net)	1186,6	19,9	247,2	25,3	1433,8	20,6 a)
AVS	317,2	5,3	245,2	25,1	562,4	8,1 b)
– part des subventions directes	0,0	0,0	165,9	17,0	165,9	2,4 c)
– part des allocations pour impotent	317,2	5,3	79,3	8,1	396,5	5,7 d)
AI (assurance-invalidité)	0,0	0,0	15,4	1,6	15,4	0,2 e)
– part des subventions directes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 f)
– part des allocations pour impotent	0,0	0,0	15,4	1,6	15,4	0,2 g)
Prestations complémentaires (PC)	956,8	16,0	0,0	0,0	956,8	13,8 h)
– dont PC à l'AVS	956,8	16,0	0,0	0,0	956,8	13,8 i)
– dont PC à l'AI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 j)
AA (assurance-accidents)	0,0	0,0	12,8	1,3	12,8	0,2 a)
AM (assurance militaire)	1,6	0,0	0,4	0,0	2,0	0,0 a)
Assurance privée	0,0	0,0	25,5	2,6	25,5	0,4 a)
Autres financements privés	92,6	1,6	44,0	4,5	136,6	2,0 a)
Cantons/communes (subventions)	565,6	9,5	375,3	38,4	940,9	13,5 a)
Aide sociale	99,7	1,7	1,6	0,2	101,3	1,5 k)
Ménages (y c. partic. coûts AMal)	2751,8	46,1	9,6	1,0	2761,4	39,7 l)
Total	5971,9	100,0	977,0	100,0	6948,9	100,0 a)
Aide bénévole					1223,0	m)

Sources et explications

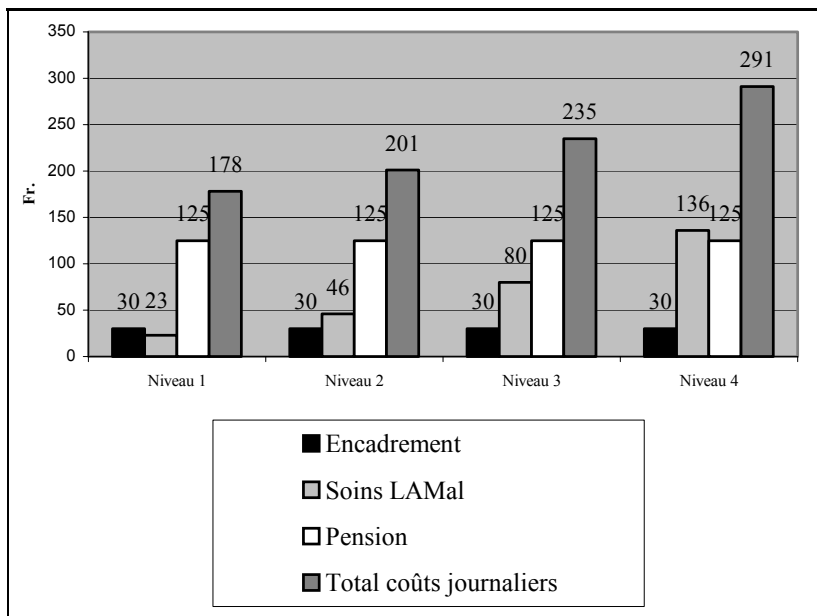
- a) OFS, Coûts de la santé publique 2002, Neuchâtel 2004 (l'OFS calcule le total des EMS sur la base des dépenses d'exploitation des EMS selon la statistique des institutions médico-sociales, le total des soins à domicile sur la base des recettes des organisations de soins à domicile selon la statistique Spitex de l'OFAS)
- b) Somme de c) et d)
- c) OFS, Coûts de la santé publique 2002 / Base: LAVS art. 101bis
- d) OFAS, Statistique de l'AVS 2003 (total 396,5 millions de francs); estimation OFAS/OFSP concernant la répartition home/soins à domicile: 80 %/20 %
- e) Somme de f) et g)
- f) En supposant qu'aucune subvention de l'AI ne va aux établissements médico-sociaux ni aux soins à domicile
- g) Estimation OFAS/OFSP (d'après rapport INFRAS): env. 40 % des API de l'AI pour des bénéficiaires «à domicile»; dont env. 25 % de bénéficiaires de prestations Spitex; sur la base de la statistique AI 2003 (API = 154,2 millions de francs)
- h) Somme de i) et j)
- i) OFAS, Statistique des PC 2001; PC pour pensionnaires de home
- j) En supposant que seuls les pensionnaires de homes pour invalides bénéficient de PC de l'AI
- k) Estimation de l'OFSP selon la répartition dans les ménages
- l) Grandeur résiduelle (total des frais moins tous les autres financements)
- m) Estimation de l'OFS et de l'OFAS pour l'année 2000

1.1.5.2 Financement au niveau individuel

Le graphique suivant³² illustre les coûts moyens de séjour dans 130 établissements privés et publics du canton de Berne en 2003 et donne une idée approximative du financement nécessaire à un résidant d'un home. Des analyses comparables à l'échelle suisse ne sont pas encore disponibles.

Graphique 2

Coût moyen d'un séjour par résidant et par jour dans le canton de Berne



L'ensemble des *coûts journaliers* comprennent les coûts des soins proprement dits (dans le domaine de la LAMal en particulier les soins de base et les soins de traitement), les coûts d'encadrement (accompagnement social de la personne nécessitant des soins) et les frais de pension (nourriture et logement).

³² Beat Wenger, Financement des soins de longue durée, sipp focus 1/2003, p. 1 ss. Les données publiées ont été mises à jour par l'auteur sur demande de l'OFSP.

1.1.6 Digression: couverture du risque de dépendance dans les systèmes sociaux étrangers

1.1.6.1 Aperçu des approches pratiquées à l'étranger

Compte tenu de l'importance croissante que les soins de longue durée ont pris ces dernières années dans la politique de santé des pays membres de l'OCDE, l'organisation a analysé les systèmes de soins de longue durée dans 19 pays³³ sous l'angle des réformes passées et à venir touchant le financement et les prestations. On peut extraire de son rapport³⁴ les constats généraux qui suivent.

La plupart des pays étudiés ont développé un système permettant aux personnes âgées dans le besoin de recevoir des soins en institution, même si les prestations sont proposées sous des formes très diverses (prestations en espèces ou en nature, indemnisation de l'aide informelle, etc.). Il existe aussi un large éventail de systèmes pour financer les soins de longue durée destinés aux personnes âgées (impôts, contributions, contributions personnelles). La coordination des prestations et des institutions de soins constitue une préoccupation clé que partagent tous les pays dans leurs efforts de réforme. Dans la majorité des pays, ce sont les impôts qui font office de source principale pour financer les soins. Les pays ayant érigé un système d'assurance sociale pour la couverture des coûts des soins de longue durée et d'autres dépenses extraordinaires sont une minorité (Allemagne, Autriche, Japon, Luxembourg et Pays-Bas). Dans quelques rares pays, les prestations de soins fournies dans les établissements hospitaliers sont financées de manière limitée par l'assurance-maladie, en l'absence d'institutions spécialisées dans les soins de longue durée (Corée, Hongrie, Mexique et Pologne).

Sept des 19 pays étudiés (Allemagne, Autriche, Japon, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suède) connaissent un système de prestations indépendant des besoins assorti d'une couverture générale, les soins de longue durée étant régis de la même manière que d'autres besoins de santé dans le système global de l'assurance sociale. Les douze autres pays ont un système lié totalement ou en partie aux besoins, basé sur le revenu et/ou la fortune. Au sein de ces deux groupes, les systèmes mis en place présentent une grande hétérogénéité.

Le rapport arrive à la conclusion qu'un nombre croissant de pays tend à appliquer les principes du financement public des soins aigus aux soins de longue durée. L'idée d'une assurance obligatoire analogue à l'assurance pour les maladies aiguës trouve dans ces pays un accueil toujours plus favorable. D'autres pays font encore preuve de réticence pour changer de système et passer d'une couverture du risque de dépendance limitée et liée aux besoins à une couverture indépendante des besoins. Cependant, même dans les pays ayant un système de prestations indépendant des besoins, les ménages privés sont tenus de participer aux coûts, et ce dans une mesure plus importante qu'en cas de soins pour maladies aiguës.

³³ Allemagne, Australie, Autriche, Canada, Corée, Espagne, Etats-Unis, Hongrie, Irlande, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse.

³⁴ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term Care, à paraître.

1.1.6.2

Approches pratiquées dans deux pays voisins³⁵

La diversité des solutions nationales appliquées dans le domaine des soins fait qu'il est difficile de se faire une idée précise de la couverture du risque de dépendance dans les systèmes étrangers. L'exemple de deux pays voisins de la Suisse, l'Allemagne et la France, permettra de voir comment la problématique du besoin de soins est abordée dans un système qui, comme le nôtre, repose sur le principe d'une assurance-maladie sociale financée par des cotisations:

Allemagne:

- *Définition et fonctionnement:* Selon la loi de 1995 sur l'assurance de soins, est considérée comme personne dépendante quiconque nécessite, en raison d'une maladie physique, psychique ou mentale ou d'une infirmité, pour une longue durée – soit pour une période présumée d'au moins six mois – et dans une très large ou une assez large mesure, d'une aide pour exécuter les actes courants de la vie quotidienne. La constatation de l'état de dépendance englobe les quatre domaines de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la mobilité et de l'entretien du ménage. Les prestations de l'assurance des soins ont pour but de rendre la personne nécessitant des soins et sa famille aussi indépendantes que possible des prestations de l'assistance sociale. L'assuré acquiert par ses cotisations un droit à l'aide indépendamment de ses besoins et de son âge. C'est au service médical de l'assurance-maladie de déterminer l'existence et le degré d'une dépendance en matière de soins.
- *Bénéficiaires:* Les bénéficiaires des prestations sont les personnes qui, en raison d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une infirmité, nécessitent des soins dans une mesure considérable pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne.
- *Maintien à domicile ou placement en institution:* La loi évoque explicitement les familles comme principal soutien des personnes dépendantes et tente de favoriser le maintien de ces personnes à domicile. Pour des questions de coût, la dépendance n'est cependant prise en charge qu'au-delà d'un seuil de besoin élevé d'assistance et pour un montant maximal donné. Les prestations sont soit des soins fournis à domicile par des services ambulatoires au nom des caisses de soins (prestations en nature), soit le versement d'une indemnité lorsque les soins sont fournis par des proches. Pour les soins en institution, l'assurance se charge des dépenses liées aux soins de base, à l'encadrement social et aux soins d'un traitement médical si un séjour en établissement de soins est nécessaire. Les frais de logement et nourriture sont à la charge de la personne soignée. Les Länder supportent les frais d'investissement.

France:

- *Définition et fonctionnement:* La loi³⁶ définit comme personne dépendante «toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son

³⁵ L'exposé qui suit est fondé sur: Institut de droit de la santé, Soins de longue durée, soins de dépendance, Contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal, Médecine & Hygiène Genève, 2004.

³⁶ Code de l'action sociale et des familles, livre II, titre III, chapitre 2, section 1.

état physique ou mental (...)). Celle-ci «a droit à une allocation personnalisée d'autonomie (APA) permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation est destinée aux personnes qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière». L'APA couvre les dépenses de toute nature liées à l'autonomie du bénéficiaire, hormis les soins médicaux qui sont pris en charge par l'assurance-maladie.

- *Bénéficiaires*: La personne âgée est celle qui a atteint l'âge de 60 ans. Elle est classée par une grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) selon son degré de dépendance. Il existe deux régimes selon que la personne réside à son domicile ou en établissement, la nature et le montant des dépenses relatives à la dépendance n'étant pas les mêmes. L'APA est allouée aux personnes moyennement dépendantes, sur demande et indépendamment des besoins.

1.2 Problèmes et défis dans le secteur des soins

Le régime en vigueur relatif aux soins et à leur financement présenté au ch. 1.1 soulève divers problèmes qui se situent à des niveaux différents de prestations (ch. 1.2.1) et de financement (ch. 1.2.2 et 1.2.3) et dont la solution requiert par conséquent des stratégies différentes.

1.2.1 Niveau des prestations en cas de dépendance liée à la vieillesse

La nécessité de recevoir des soins ne constitue pas un risque réglementé séparément par le droit des assurances sociales, mais elle est régie par chacune des assurances sociales primaires, en fonction de la cause. En conséquence, les prestations divergent fondamentalement selon que les besoins de soins sont dus à la vieillesse, à la maladie ou à l'accident³⁷. L'analyse des différents régimes de prestations révèle que le niveau des prestations est limité, *de lege lata*, précisément en cas de dépendance due à l'âge:

- L'AVS ne connaît pas d'allocation pour impotent en cas d'impotence de faible degré.
- Le correctif final des prestations complémentaires est à maints égards limité, ce qui entraîne un risque accru de dépendance de l'aide sociale notamment pour les personnes fortement dépendantes de soins, du fait de l'importance de la charge financière qu'elles supportent. On peut ici mentionner notamment le plafond des prestations complémentaires pour les pensionnaires de home: aux termes de l'art. 3a, al. 3, LPC, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, la prestation complémentaire annuelle ne peut dépasser 175 % du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules fixé à l'art. 3b, al. 1, let. a, LPC (soit 30 900 francs/an ou 2575 francs/mois).

³⁷ Pour plus de détails, voir à ce sujet Hardy Landolt, *Das soziale Pflegesicherungssystem*, Berne 2002, p. 109 ss.

1.2.2 Evolution des coûts des soins à moyen et à long termes

En 2002, près de 7 milliards de francs ont été consacrés au secteur des soins (établissements médico-sociaux et soins à domicile). Par rapport à l'année 1995, où le domaine des soins a engendré des coûts de 4,9 milliards de francs, cela équivaut à une augmentation de plus de 40 %. N'est pas incluse l'aide bénévole apportée aux personnes nécessitant des soins, dont la valeur est estimée à 1,2 milliard de francs pour 2000³⁸ et dont l'intégration dans les coûts totaux induirait une hausse sensible (env. 20 %).

Tableau 4

Evolution des coûts dans le domaine des soins (en mio. de fr.)

Année	Etablissements médico-sociaux	Soins à domicile (Spitex)	Soins globaux	Augmentation
1995	4206,9	702,3	4909,2	
1996	4429,1	772,5	5201,6	3,96 %
1997	4593,3	768,4	5361,7	3,08 %
1998	4830,1	814,5	5644,6	5,28 %
1999	4935,2	848,4	5738,6	1,67 %
2000	5194,8	889,3	6084,1	6,02 %
2001	5578,9	935,8	6514,7	7,07 %
2002	5971,9	977,0	6948,9	6,66 %

Source: Office fédéral de la statistique, Analyse des données considérées dans «Coûts du système de santé»

En admettant que la tendance supposée d'une diminution des soins bénévoles se poursuive et en utilisant le scénario démographique «tendance» de l'Office fédéral de la statistique, on peut extrapoler l'évolution future du nombre de personnes nécessitant des soins et celle des coûts des soins.

Une évaluation des coûts globaux des soins (comme définis ci-dessus) sur la base du scénario démographique «tendance» et d'une observation des facteurs sans lien avec la démographie de 1995 à 2000 donne une hausse totale des coûts de 83 % pour la période de 2000 à 2020 et de 208 % pour la période de 2000 à 2040 (tableau 5). A cet égard, on estime que l'augmentation des coûts liée à la démographie sera nettement inférieure à celle induite par les facteurs non démographiques.

Une autre évaluation des coûts des soins jusqu'en 2030 fournit des résultats analogues (tableau 6): on peut s'attendre à une augmentation de 128 % jusqu'en 2030. Dans cette évaluation aussi, l'augmentation des coûts directement liée à la démographie est inférieure à celle due aux facteurs non démographiques.

³⁸ Hans Schmid, Alfonso Sousa-Poza, Rolf Widmer, Evaluation monétaire du travail non rémunéré, une analyse empirique pour la Suisse basée sur l'enquête suisse sur la population active, Statistique de la Suisse, Neuchâtel 2002.

Des évaluations de ce type mettent en évidence les limites de la significativité des estimations. Une approche mécanistique ne peut rendre compte ni de l'évolution de la politique de santé, ni de celle de la médecine. Ainsi, à en croire Höpflinger et Hugentobler, il faut supposer qu'une faible diminution de la dépendance – en raison de programmes de prévention en gériatrie ou de succès croissants en réadaptation – permettra d'atténuer substantiellement l'effet purement démographique. Pour la période de 2000 à 2020, il ressort de leur projection démographique un accroissement d'un tiers au maximum du nombre de personnes âgées nécessitant des soins.³⁹

Tableau 5

Projections pour les années 2020 et 2040

	2000–2020	2000–2040
Coûts des soins en 2000 (en mio. de fr.)	6 084	6 084
Hausse des coûts due à la démographie (en mio. de fr.)	1 902	4 651
Hausse des coûts sans lien avec la démographie (en mio. de fr.)	3 154	7 981
Coûts totaux des soins (en mio. de fr.)	11 141	18 716
Hausse en %	83 %	208 %

Source: Office fédéral des assurances sociales (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf. Schätzung der zukünftigen Entwicklung

Tableau 6

Estimation des coûts (en mio. de fr.) en 2030

	2001	2030	Hausse
EMS	5 578,9	12 518,5	124 %
Soins à domicile	935,8	2 313,1	147 %
Total	6 514,7	14 831,6	128 %
Dus uniquement aux facteurs démographiques	6 514,7	9 372,7	44 %

Source: Obsan/IRER (2004): Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, rapport à l'attention de l'OFSP.

³⁹ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, Berne 2003, p. 44.

1.2.3

Forte charge financière de l'assurance-maladie

1.2.3.1

Charges de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Dans le message du 6 novembre 1991 sur la révision de l'assurance-maladie⁴⁰, le transfert à l'assurance-maladie des coûts occasionnés dans le domaine des établissements médico-sociaux ont été estimés à 560 millions de francs. Basés sur les dépenses pour les prestations correspondantes de l'assurance-maladie en 1995, les surcoûts estimés ont été dépassés pour la première fois en 1999. En considérant rétroactivement les coûts facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins, on constate en fait que la hausse des coûts a reculé depuis 1999 et tend à se rapprocher de l'évolution moyenne des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Cela devrait s'expliquer en partie au moins par l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1998, de tarifs-cadres qui devaient à l'origine être appliqués jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations aient introduit dans le secteur des soins les instruments de transparence requis par ordonnance⁴¹. Ces instruments servent de base pour calculer les coûts et classer les prestations des traitements hospitaliers, semi-hospitaliers, ambulatoires et de longue durée à la charge de l'assurance obligatoire de soins (art. 2 OCP). Entre-temps, le Parlement a adopté le 8 octobre 2004, pour les années 2005 et 2006, une modification de la loi sur l'assurance-maladie⁴² qui déclare les tarifs-cadres applicables à tous les fournisseurs de prestations dans le secteur des soins, indépendamment de l'atteinte des exigences de transparence. Selon ces tarifs-cadres, le remboursement des prestations de soins en institution s'effectue par jour, ces prestations étant subdivisées en quatre niveaux de soins qui vont d'une dépendance faible à une dépendance lourde⁴³ (art. 9a, al. 2, OPAS); les prestations de l'aide et des soins à domicile sont remboursées selon des tarifs-cadres par heure⁴⁴ (art. 9a, al. 1, OPAS).

⁴⁰ FF 1992 I 201

⁴¹ Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP, RS 832.104).

⁴² RO 2004 4375

⁴³ Premier niveau de soins: 10 à 20 francs; deuxième niveau de soins: 15 à 40 francs; troisième niveau de soins: 30 à 65 francs; quatrième niveau de soins: 40 à 80 francs.

⁴⁴ Dans des situations simples et stables: 30 à 47 francs; dans des situations instables et complexes: 45 à 68 francs; pour des instructions et des conseils: 50 à 73 francs.

Dépenses (prestations brutes, c.-à-d. avant déduction de la participation aux coûts) de l'assurance obligatoire des soins (en mio. de fr.)

Année	Etablissements médico-sociaux	Soins à domicile	Total des soins	Augmentation des soins/AOS	Evolution des coûts AOS
1996	666	132	798		
1997	890	193	1083	35,7 %	5,5 %
1998	1092	224	1316	21,4 %	6,7 %
1999	1170	235	1405	6,8 %	4,3 %
2000	1215	253	1468	4,5 %	5,9 %
2001	1258	270	1528	4,1 %	5,9 %
2002	1392	290	1682	10,1 %	4,3 %

Source: Office fédéral de la santé publique, Base de données de l'assurance-maladie, état octobre 2003.

Une extrapolation des coûts des soins (en établissements médico-sociaux et à domicile) pris en charge par l'assurance obligatoire des soins jusqu'en 2030 indique une augmentation d'environ 200 % (tableau 8). La hausse est nettement plus forte que celle des coûts globaux des soins (tableau 6), raison pour laquelle, dans ce modèle, la part de l'assurance obligatoire des soins au financement des soins augmentera sensiblement. Il résulte également de l'extrapolation de l'assurance obligatoire des soins que l'effet strictement démographique est de moindre importance. De plus, cet effet interagit avec les estimations des besoins de soins futurs: comme déjà mentionné sous ch. 1.2.2, il existe des publications spécialisées qui supposent une faible diminution des besoins de soins. C'est pourquoi, à l'annexe 2, sont mentionnés à titre d'exemple pour l'assurance obligatoire des soins des scénarios qui montrent les effets sur les coûts des transferts entre les niveaux de soins requis. Il en résulte que les estimations de l'évolution des coûts des soins dans l'assurance obligatoire des soins demeurent réservées et dépendent fortement des hypothèses émises.

Estimation de l'évolution des coûts des soins (bruts) dans l'AOS
(en mio. de fr.)⁴⁵

	2001	2030	Augmentation
EMS	1258,0	3877,0	208 %
EMS seulement démographie	1258,0	1848,6	47 %
Soins à domicile	270,0	750,7	178 %
Soins à domicile seulement démographie	270,0	357,6	32 %
Total	1528,0	4627,7	202 %
Total seulement démographie	1528,0	2206,2	44 %

Source: Obsan/IRER (2004): Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, rapport à l'attention de l'OFSP.

1.2.3.2 Déplacement des parts de financement

Les coûts du secteur des soins sont couverts par différentes sources de financement. Les ménages en assument un peu moins des deux tiers. Si leurs ressources sont insuffisantes – ce qui est souvent le cas surtout lors d'un séjour dans un établissement médico-social –, ils peuvent prétendre à des prestations complémentaires de l'AVS (le cas échéant, de l'AI). Près d'un cinquième des coûts des soins est couvert par l'assurance-maladie obligatoire et un huitième environ par les cantons et communes. Les coûts résiduels sont couverts par d'autres assurances sociales et par des financements privés (donations, legs). Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal jusqu'en 1999, la part de l'assurance-maladie obligatoire au financement du secteur des soins a presque doublé, pour se stabiliser ensuite. La part des pouvoirs publics a commencé par diminuer avant de retrouver aujourd'hui plus ou moins le niveau originel. La participation des ménages au financement a, quant à elle, reculé.

⁴⁵ Cette estimation se fonde sur une extrapolation de la situation actuelle en tenant compte de l'évolution démographique ainsi que d'une croissance réelle des coûts des soins, indépendante de la démographie: l'effet démographique peut donc aussi être présenté séparément dans le tableau 8.

**Parts de financement du coût global du secteur des soins
(EMS et soins à domicile) en %**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Part AOS (net ⁴⁶)	10,5	10,6	17,6	19,8	20,6	20,5	20,0	20,6
Autres ass. sociales	2,5	2,5	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6
Cantons/communes	13,2	13,3	10,8	10,2	10,0	9,1	12,6	13,5
Ménages ⁴⁷	71,8	71,6	66,7	65,4	64,9	65,8	62,7	61,3
Autre financ. privés	2,0	2,0	1,9	1,7	1,7	1,8	2,0	2,0
Total des soins	100	100	100	100	100	100	100	100

Source: Office fédéral de la statistique, Analyse des données considérées dans «Coûts du système de santé».

1.3 Procédure de consultation

1.3.1 Grandes lignes du projet mis en consultation

Du 23 juin au 24 septembre 2004, le Conseil fédéral a mené une procédure de consultation relative à un nouveau régime de financement des soins. Pour élargir la discussion, il a soumis aux cantons, aux partis politiques et aux milieux intéressés deux modèles visant à redéfinir les délimitations entre les différentes assurances sociales. Le premier modèle proposait une distinction entre les prestations (modèle A) et le second modèle prévoyait de se fonder sur le critère de la durée (modèle B):

- *Modèle A:* Le modèle A se fondait sur la distinction entre soins de traitement et soins de base. L'assurance-maladie n'aurait plus remboursé les soins de base de manière isolée, mais uniquement en relation avec les soins de traitement. Le modèle A prévoyait par ailleurs une coordination entre l'assurance-maladie et l'AVS:
 - Dans les cas de soins simples (c.-à-d. ne nécessitant que des soins de base), l'assurance-maladie n'aurait plus fourni aucune prestation. Comme correctif, il était proposé d'une part d'introduire une allocation pour impotent AVS pour un degré d'impotence faible pour les personnes habitant à la maison, et d'autre part de réduire à neuf mois (au lieu d'un an) le délai de carence auquel est soumise l'ouverture du droit aux allocations pour impotents.
 - Dans les cas de soins complexes (nécessitant des soins de traitement *et* des soins de base), l'assurance-maladie aurait pris l'intégralité des coûts en charge, aussi bien pour les soins de base que pour les soins de trai-

⁴⁶ La participation aux coûts (quote-part et franchise) dans l'AOS n'est pas incluse dans cette valeur, qui est donc «nette». Dans cette présentation, la participation aux coûts AOS est logiquement un élément de la source de financement «Ménages».

⁴⁷ Ici, contrairement au tableau 3, la source de financement «Ménages» comprend également les prestations de l'AVS, de l'AI et des PC.

tement. En toute logique, le projet proposait de supprimer les allocations pour impotent AVS versées aux personnes résidant dans un EMS et présentant une impotence grave ou moyenne (on aurait toutefois maintenu les allocations pour impotent versées aux personnes habitant à la maison, afin d'encourager le séjour à domicile le plus longtemps possible).

Par rapport aux coûts actuels, principalement déterminés par les tarifs-cadres, le modèle A aurait allégé la charge de l'assurance-maladie de 63 millions de francs par année; il aurait également permis à l'AVS d'économiser 147 millions de francs par année.

- *Modèle B*: Le modèle B proposait d'opérer, dans le domaine de l'assurance-maladie, une séparation stricte entre soins aigus et soins de longue durée. Il prévoyait que les soins aigus seraient entièrement payés par l'assurance-maladie, tandis que les soins de longue durée ne seraient pris en charge par l'assurance-maladie qu'à concurrence d'un certain montant, l'excédent étant supporté par les pouvoirs publics (par le biais des prestations complémentaires) et les ménages. Le modèle B, qui reprenait dans ses principes les propositions des experts mandatés dans le cadre des travaux préparatoires pour la 3^e révision de la LAMa⁴⁸, se limitait à des corrections de l'assurance-maladie et renonçait à une coordination avec les autres branches d'assurances sociales, en particulier avec l'AVS.

Les conséquences financières du modèle B pour l'assurance-maladie auraient en principe été nulles, car il était prévu de fixer la contribution financière de l'assurance-maladie au niveau de sa charge actuelle.

En outre, le projet proposait, comme mesures d'accompagnement communes aux deux modèles, un élargissement des prestations complémentaires d'une part, et un renforcement de la prévention d'autre part:

- *Élargissement des prestations complémentaires*. Pour atténuer les conséquences des modèles A et B sur la charge financière des ménages privés, le projet proposait de réformer le régime des prestations complémentaires en supprimant le plafond des prestations complémentaires pour les pensionnaires des EMS. Cette mesure était d'ailleurs déjà prévue dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)⁴⁹.
- *Renforcement de la prévention*. Dans le domaine des soins, le potentiel de rationalisation est moins important que dans le reste du domaine de l'assurance-maladie. Pour agir efficacement en termes de maîtrise des coûts, il faut donc renforcer la prévention. Le projet proposait ainsi de charger la fondation Promotion Santé Suisse de traiter la prévention comme un de ses thèmes prioritaires.

⁴⁸ Iten/Hammer, Financement des soins, Zurich 2003.

⁴⁹ Voir à ce propos ch. 5 ci-dessous.

1.3.2 Résultats de la procédure de consultation

1.3.2.1 En général

L'évaluation des résultats de la procédure de consultation a mis en évidence que la quasi totalité des participants estimaient indispensable une réforme du système actuel de financement des soins, mais que la plupart – pour diverses raisons – jugeaient les mesures proposées par le Conseil fédéral insatisfaisantes. Etant donné que les deux modèles proposés en consultation se sont en partie heurtés à une vive opposition, ils n'ont pas été retenus dans la forme discutée jusqu'à présent.

1.3.2.2 Résultats sur les points essentiels

L'ensemble des cantons, partis politiques et milieux consultés ont catégoriquement rejeté le *modèle A* dans sa globalité. Ils se sont en effet montrés sceptiques quant à la faisabilité pratique du modèle, en particulier en ce qui concerne la délimitation entre les situations simples et complexes, et celle entre les soins dus à la maladie et ceux liés à l'âge. Plusieurs ont par ailleurs relevé que la charge financière serait très lourde pour les personnes n'ayant pas du tout besoin de soins de traitement, mais nécessitant d'importants soins de base. Dans ce contexte, ils ont exprimé la crainte que le modèle A n'incite les médecins à déclarer complexes certains cas pour des raisons sociales. La proposition d'introduire une allocation AVS pour impotence de faible degré a été accueillie favorablement par la plupart des participants, alors que la suppression de l'allocation pour impotent pour les pensionnaires de homes s'est heurtée à l'opposition massive des cantons notamment.

Le *modèle B* n'a pas non plus convaincu, même si les critiques à son égard ont été moins virulentes qu'à l'encontre du modèle A. La majorité des cantons et des communes ont même soutenu le modèle B, mais seulement quant au principe et à certaines conditions. Les participants ont principalement reproché au modèle B d'ouvrir une dangereuse brèche dans le système d'assurance-maladie suisse: la limitation de la prise en charge par l'assurance-maladie sociale à une participation au coût des prestations médicales pourrait avoir un caractère préjudiciel, ce qui n'est pas souhaitable du point de vue de la politique sociale. Beaucoup ont également souligné le caractère inévitablement arbitraire d'une limite temporelle entre soins aigus et soins de longue durée.

L'*élargissement des prestations complémentaires* a été salué par la majorité des participants. Les cantons ont toutefois exigé des mesures de correction concernant le financement: ils ont demandé que la part de la Confédération dans les prestations complémentaires soit augmentée, en contrepartie des transferts de coûts vers les PC.

Quant au *renforcement de la prévention*, les résultats ont été mitigés. Personne ne conteste l'importance de la prévention, mais la majorité considère qu'il est contre-productif de focaliser l'activité de l'institution visée à l'art. 19 LAMal sur la prévention du besoin de soins, car on ne peut favoriser une catégorie particulière de la population qu'au détriment des autres groupes. En outre, certains ont relevé que, pour être efficace, la prévention du besoin de soins devait déjà commencer dans les phases antérieures de la vie.

2

Grandes lignes du projet

2.1

Idee maîtresse du nouveau modèle de financement

En substance, le nouveau régime de financement des soins poursuit deux objectifs qui sont, en partie du moins, contradictoires: d'un côté, il s'agit d'améliorer la situation sociale difficile de certaines catégories de personnes dépendantes et, de l'autre, de ne pas mettre davantage à contribution les finances de l'assurance-maladie, qui prend en charge un volume toujours croissant de soins liés à la vieillesse dans le système actuellement en vigueur. En vertu de son but, l'assurance-maladie ne devrait prendre en charge que les prestations liées à la maladie, soit, dans le domaine des soins, les soins liés à la maladie, mais pas les soins liés à la vieillesse. Or, la distinction entre les deux est pour ainsi dire impossible à opérer dans la pratique car, chez les personnes âgées, l'on peut trouver une cause somatique dans tous les cas de soins. Il ne faut toutefois pas se méprendre: le risque de devoir prodiguer des soins augmente nettement avec l'âge. Pour le même tableau clinique, une personne jeune guérira sans soins ou avec moins de soins qu'une personne âgée qui, elle, aura besoin de soins provisoires ou permanents en raison de son âge. Dans le système suisse de sécurité sociale, fruit de l'histoire, structuré selon le principe de la causalité, c'est-à-dire en fonction des risques, il faut éviter que ce surcroît de charges dû à la vieillesse soit supporté sans limite par l'assurance-maladie. Il est donc nécessaire de redéfinir les champs d'application des différentes branches des assurances sociales. La nouvelle définition proposée se fonde sur les principes suivants:

- Dans le domaine des soins, *l'assurance-maladie* doit centrer plus clairement ses prestations sur ce qui est sa tâche essentielle, le remboursement des prestations médicales liées à la maladie. Etant donné que, en pratique, les soins sont perçus comme un tout et qu'il n'est pas possible de séparer les soins liés à la vieillesse de ceux qui sont liés à la maladie, le modèle proposé prévoit que les soins de traitement, plus directement médicaux, soient entièrement à la charge de l'assurance-maladie, tandis que pour les soins de base, qui comprennent pour l'essentiel des mesures destinées à satisfaire les besoins humains fondamentaux, seule une participation aux frais serait versée. Cette approche se révèle doublement conforme au système: d'une part le droit en vigueur s'appuie déjà sur le couple de concepts «soins de base»/«soins de traitement», d'autre part la solution des participations, même si elle est en elle-même étrangère au système – les tarifs et les prix de l'assurance-maladie couvrent en principe l'intégralité de la prestation –, concerne un domaine (les soins de base) qui est assez «éloigné» du domaine médical; cette solution apparaît comparable à d'autres solutions prévues par le droit en vigueur (p. ex. pour les cures balnéaires ou les frais de transport et de sauvetage).
- Par rapport au droit en vigueur, la proposition de réforme de l'assurance-maladie entraîne un plafonnement des prestations dans le domaine des soins de base, puisque seule une participation aux frais est versée pour ces derniers. A titre de compensation, et pour inciter les personnes à recourir le plus tard possible aux infrastructures de type hospitalier, il est proposé d'introduire dans l'AVS, pour les personnes qui vivent à domicile, une allocation pour impotent en cas d'impotence de faible degré (actuellement, l'AVS ne verse d'allocation pour impotent qu'en cas d'impotence grave ou moyenne).

Il reste encore à relever que si c'est dans le domaine des soins aux personnes âgées que la pression des problèmes de politique sociale et des problèmes financiers est la plus forte, les modifications proposées sont néanmoins valables pour toutes les personnes bénéficiant de l'assurance-maladie obligatoire, quel que soit leur âge.

2.2 Questions de définition

2.2.1 Définition des soins de base et des soins de traitement

Si la science infirmière voit généralement d'un œil critique et juge dépassé le couple de concepts «soins de base»/«soins de traitement», celui-ci s'est imposé comme couple de concepts *juridiques* et il est aussi reconnu comme tel par la littérature⁵⁰. Au reste, le but d'une définition inscrite dans le droit de l'assurance-maladie n'est pas de donner de l'activité soignante une description aussi proche de la réalité que possible, mais d'établir une base pour le remboursement des soins par les assureurs-maladie. Cette approche est étayée par le fait que les concepts de soins de base et de soins de traitement sont ancrés dans le droit positif et les bases juridiques de plusieurs pays de l'espace germanophone, surtout en Allemagne⁵¹ et partiellement en Autriche⁵². Ces deux notions peuvent se définir comme suit:

- *Soins de base*: Bien que les soins de base ne soient pas définis de manière uniforme dans la littérature, il en ressort que leur but essentiel est de permettre au patient de continuer à accomplir lui-même les activités de la vie quotidienne (AVQ), qui portent sur six domaines (s'habiller, se déshabiller; se lever, s'asseoir, se coucher; manger; faire sa toilette; aller aux toilettes; se déplacer). Les soins de base peuvent être apportés sous diverses formes: soutien, accomplissement partiel ou intégral des activités de la vie quotidienne, ou encore surveillance et instructions en vue de permettre à la personne d'accomplir ces activités de manière autonome.
- *Soins de traitement*: Les soins de traitement poursuivent en règle générale un objectif thérapeutique ou palliatif, afin de traiter une maladie ou d'en combattre les conséquences. Les mesures de soins de traitement sont donc spécifiques à la maladie, c'est-à-dire qu'elles sont liées à un diagnostic médical.

2.2.2 Définition de l'impotence

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGa). Le degré d'impotence est fonction des définitions de l'assurance-invalidité. Ainsi, l'impotence est *grave* lorsqu'une personne a besoin d'une aide importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite des soins permanents ou

⁵⁰ Voir le commentaire aux mots-vedettes «Behandlungspflege» et «Grundpflege» dans: Psyhrembel Wörterbuch Pflege, Berlin/New York 2003, p. 86 s. et 282 s.

⁵¹ Cf. § 37 SGB V (code de la sécurité sociale, livre V: assurance-maladie légale), § 80a SGB XI (code de la sécurité sociale, livre XI: assurance dépendance sociale).

⁵² Cf. § 151, al. 3, de la loi concernant l'assurance sociale générale.

une surveillance personnelle (art. 37, al. 1, RAI⁵³). L'impotence est *moyenne* ou *faible* lorsqu'une personne a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir un certain nombre d'actes ordinaires de la vie (4 ou 2 respectivement; art. 37, al. 2 et 3, RAI).

2.3 Mesures d'accompagnement

2.3.1 Mesures d'accompagnement relatives à la maîtrise des coûts

2.3.1.1 Remarque préliminaire sur la maîtrise des coûts dans le domaine des soins

De 1996 à 2001, la LAMal a été soumise à une vaste analyse de ses effets en vue de juger si les objectifs visés par le législateur avaient été atteints. Les résultats de cette analyse ont montré que si deux des trois grands objectifs de la LAMal – le renforcement de la solidarité entre les assurés et la garantie des prestations médicales pour tous – peuvent être considérés comme atteints, il n'en va pas de même pour le troisième, la maîtrise des coûts: depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, tant les dépenses générales de l'assurance-maladie que les coûts de celle-ci en matière de soins ont progressé à des rythmes annuels bien supérieurs à l'évolution moyenne des salaires et des prix. Si l'on examine l'évolution des coûts selon ses composantes (coûts = volume x prix), il est à noter que la composante «prix» ne joue en général qu'un rôle secondaire dans le domaine des soins en raison des tarifs-cadres en vigueur, de sorte que l'augmentation des coûts est due pour l'essentiel à l'accroissement du volume. Toutefois, il convient de différencier les motifs de cet accroissement: si les experts en économie de la santé estiment qu'il y a un potentiel de rationalisation considérable dans le système général de l'assurance-maladie – selon des études internationales, jusqu'à 30 % des prestations fournies n'ont pas d'utilité médicale – car des motifs non médicaux (utilisation des capacités existantes, optimisation du revenu des prestataires, exigence des patients ou traitements multiples en raison de l'absence de coordination de la chaîne des soins) influencent la fourniture de prestations, il y a toutefois lieu de relativiser considérablement, dans le domaine des soins, l'influence de ces motifs et, partant, le potentiel de rationalisation. Les personnes fortement dépendantes n'ont en effet guère le choix ou la liberté de formuler une préférence pour une prestation ou une autre, les soins sont dispensés sur ordonnance médicale principalement par des prestataires non médicaux après une évaluation des besoins et les établissements médico-sociaux n'ont pour ainsi dire pas de surcapacités. Ces différents motifs qui expliquent la hausse des coûts ne dispensent pas les pouvoirs publics de mettre au point des mesures de maîtrise des coûts dans le domaine des soins aussi. Toutefois, ces mesures ne doivent pas se contenter de viser la suppression de prestations diagnostiques ou thérapeutiques sans indication médicale ou presque, mais accorder la priorité à la promotion de la prévention.

⁵³ Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201.

2.3.1.2 Renforcement de la prévention

Les raisons pour lesquelles une personne peut nécessiter des soins sont multiples: infirmités congénitales, maladies aiguës ou accidents, cumul de maladies chroniques, troubles des fonctions physiques ou psychiques dus à l'âge. Si l'on part de l'idée qu'à un âge avancé les maladies chroniques et des habitudes peu propices à la santé (mauvaise alimentation, manque de mouvement, consommation d'alcool ou de tabac, manque de contacts sociaux, etc.) sont les principaux facteurs générateurs d'infirmités et donc de dépendance, deux approches fondamentales s'imposent:

- promotion de la santé et prévention tout au long de la vie;
- mesures préventives permettant aux personnes concernées de mener une existence autonome en dépit des handicaps fonctionnels.

Il est scientifiquement prouvé que des programmes de prévention ciblés peuvent être appropriés et efficaces pour la population âgée: les recherches menées et les expériences faites dans plusieurs cantons⁵⁴ montrent que des procédures adéquates et adaptées au contexte suisse favorisent l'indépendance des personnes âgées et permettent d'éviter des placements en EMS. Les résultats d'une vaste étude conduite dans le cadre du Programme national de recherche «Vieillesse» (PNR 32) ont montré que les visites préventives peuvent être une prévention efficace des infirmités de vieillesse. Ce constat est confirmé par d'autres études menées en Scandinavie, en Amérique du Nord et en Australie. Les programmes de visites préventives à domicile axées sur le long terme réduisent la fréquence des besoins en soins et permettent de réduire d'un tiers le nombre de placements en institution⁵⁵.

De plus, la prévention gériatrique est, du moins pour les personnes sans invalidité, non seulement efficace sur le plan médical mais aussi sur celui des coûts, à moyen terme en tout cas: il ressort des études menées dans divers cantons et à l'étranger que, grâce aux mesures de promotion de la santé et de prévention, il est moins souvent nécessaire de placer dans un home les personnes âgées de 75 ans et plus, et qu'en outre les problèmes de santé étaient repérés plus tôt et abordés déjà par le médecin de famille. Si, au début, les frais de santé augmentent temporairement de 800 francs par personne, les études ont constaté, à partir de la troisième année, des économies de 2000 francs par personne et par an.

L'étude du PNR a montré que la qualité des visites à domicile, qui nécessitent des connaissances interdisciplinaires, est un facteur décisif de la réussite du programme. Pour cette raison, leur mise en œuvre à grande échelle requiert des mesures aux différents échelons de la formation ainsi que du contrôle des prestations et de la qualité. En Suisse, il n'existe pas suffisamment de programmes de formation, ni dans le domaine paramédical, ni dans le domaine médical. La formation actuelle des infirmiers de santé publique ne tient pas suffisamment compte du profil d'exigences. Dans le domaine médical également, la réalisation d'un tel programme suppose un relèvement des exigences: pour améliorer les compétences des généralistes et des spécialistes en matière de gériatrie, il faudrait examiner dans quelle mesure des

⁵⁴ Andreas Stuck, Stephan Born, Gesundheitsförderung im Alter. Managed Care 2001.

⁵⁵ Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck (éd.), Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Série d'études de la SSPS, N° 62, Muri 2000; Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002; 287: 1022-8.

programmes spéciaux de formation continue et de perfectionnement devraient être créés. Enfin, il conviendrait d'envisager aussi des modules de formation communs (p. ex. aux futurs médecins et aux futurs soignants). Dans ce contexte, il paraît indiqué d'encourager la prévention de la dépendance à différents niveaux. Une étude internationale⁵⁶ publiée par le bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aboutit à quatre recommandations de principe:

- élaborer des plans de prévention stratégiques aux niveaux national et communal;
- encourager les offres de formation continue en gériatrie et gérontologie pour les professions concernées;
- élaborer des programmes qui permettent aux personnes âgées d'adopter un comportement adéquat face aux facteurs de risque susceptibles d'entraîner infirmités et maladies chroniques;
- encourager des travaux de recherche et de développement sur le thème «vieillesse et handicap».

Le projet de l'OFSP «Vieillesse et santé» suit notamment l'approche consistant à définir et appliquer les mesures les plus prometteuses, en collaboration avec les spécialistes qui sont en contact direct avec le groupe-cible, autrement dit médecins, infirmiers de santé publique, services sociaux et services de soins à domicile. Mais il importe de toucher aussi les personnes concernées elles-mêmes, leurs proches et les autorités politiques. Le but des efforts déployés doit être de prévenir les infirmités et d'éviter ou de retarder le placement en établissement médico-social. Les mesures possibles peuvent être classées en deux catégories:

- *Promotion de la santé et prévention générale:* à ce niveau, le but est de réduire aussi bien les facteurs de risque pouvant entraîner des maladies chroniques que les risques directement liés à la vieillesse et pouvant conduire à la dépendance. Une information ciblée permettrait de sensibiliser les personnes âgées, leurs proches et les spécialistes aux aspects particuliers de la promotion de la santé et de la prévention chez les personnes âgées (p. ex. exercice physique, contacts sociaux, alimentation, dépendance au tabac ou à l'alcool, prévention des chutes, vaccination contre la grippe). Ces programmes devraient, comme jusqu'ici, être (co)financés par des subsides publics, par des fonds à affectation liée ou – dans le domaine de l'assurance-maladie – par la fondation Promotion Santé Suisse (art. 19 LAMal). En particulier au niveau fédéral, les possibilités d'un financement dans le cadre des ressources existantes devraient en premier lieu être épuisées par la fixation de priorités et de postériorités correspondantes.
- *Prévention individuelle:*
 - Au niveau de la *prévention individuelle primaire*, une base légale existe déjà: en vertu de l'art. 26 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend notamment en charge les coûts «des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés», ces mesures de prévention devant être exécutées ou ordonnées par un médecin. Les visites préventives à domicile pourraient en faire partie. Entre-temps, la Clinique

⁵⁶ Eino Heikkinen, Disability in Old Age, Burden of Disease Network Project, Finish Center of Interdisciplinary Gerontology, University of Jyväskylä (2004).

gériatrique de l'Université de Berne a développé un modèle de procédure préventive «profil de santé». Un questionnaire permet, au moyen de situations concrètes de la vie quotidienne, de faire le tour de tous les domaines importants de la santé et de la qualité de vie liée à la santé. Le résultat est un «rapport de santé» personnel comprenant des mesures pouvant être appliquées par soi-même ou avec l'assistance d'un tiers. Avant de prévoir au plan de l'ordonnance l'obligation de prise en charge par les assureurs-maladie, il faudrait au préalable que les commissions de la Confédération spécialisées dans ce domaine examinent en détail les conditions-cadres (catalogue des prestations, formation des prestataires médicaux et non médicaux, tarification, etc.). Une attention particulière devrait être accordée au rapport coûts-efficacité afin d'éviter à court terme une charge financière supplémentaire de l'assurance-maladie sans efficacité au moyen-long terme.

- Au niveau de la *prévention individuelle secondaire*, il importe surtout d'éviter que des maladies chroniques ne conduisent à l'infirmité et à la dépendance. Les offres d'autonomisation (self management) développées aux Etats-Unis⁵⁷ apparaissent par exemple très prometteuses. Ces programmes ont été mis au point pour des troubles fonctionnels spécifiques (maladies cardiovasculaires, diabète, asthme, rhumatismes, etc.), ils aident les personnes à faire face aux problèmes qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne et favorisent ainsi leur indépendance. Le potentiel des modèles de réseaux de soins intégrés est lui aussi encore largement inexploité. Une étude menée en Italie⁵⁸ a montré qu'une gestion par cas avec un encadrement médical, infirmier et social des personnes âgées peut réduire de 20 à 30 % le risque d'hospitalisation ou de placement dans une institution.

2.3.1.3 Renforcement des instruments de maîtrise des coûts

Bien que le domaine des soins dispose de moins de marge que le système général de l'assurance-maladie pour maîtriser les coûts, il faut tenter, en renforçant des instruments qui existent déjà, d'agir tant sur le facteur prix que sur le facteur volume pour influencer positivement sur l'évolution des coûts.

- *Au niveau des prix*: La loi doit obliger les partenaires tarifaires à convenir d'un remboursement forfaitaire des soins de traitement. De la sorte, contrairement au droit en vigueur qui se contente de mentionner la possibilité d'une rémunération forfaitaire dans une disposition potestative (art. 50, 2^e phrase, LAMal), la possibilité d'un tarif à la prestation – dont on sait par expérience qu'il tend à encourager l'augmentation du volume – sera explicitement exclue. De plus, le Conseil fédéral épuisera la possibilité qui lui est accordée à l'art. 43, al. 7, LAMal, d'établir au niveau de l'ordonnance des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée. En rapport avec ces princi-

⁵⁷ Kate R. Lorig, Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms, *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, Vol. 26, No. 1, 1–7.

⁵⁸ Roberto Bernabei, Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community, *BMJ*, 1998; Vol. 316, 1348–1351.

pes, il faudra en particulier examiner dans quelle mesure une structure de rémunération uniforme valable pour toute la Suisse peut être établie pour la tarification des soins de traitement.

- *Au niveau du volume*: Le droit en vigueur prévoit déjà (a) que la prescription médicale de prestations de soins doit reposer sur une évaluation des soins requis et une planification commune, et (b) que la prescription doit être d'une durée limitée et être soumise à une procédure de contrôle et de conciliation⁵⁹. L'effet de ces mesures pourrait être renforcé si par exemple les gériatres étaient inclus dans ces processus d'évaluation et de contrôle.

2.3.2 Mesures d'accompagnement relevant de la politique sociale

Etant donné que le nouveau régime des prestations de l'assurance-maladie a tendance à alourdir la charge des ménages, il semble indiqué, du point de vue de la politique sociale, de corriger cette tendance par le biais de prestations liées au besoin, comme il en va des prestations complémentaires. La présente révision de la loi prévoit la suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home, car cette mesure est également proposée dans le projet de réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)⁶⁰. Le montant des prestations complémentaires ne devrait donc plus être limité, si l'on part de l'idée que les cantons prévoient un plafond pour les taxes de home prises en compte⁶¹. Dans les homes dont les frais de soins sont inférieurs au plafond établi, ces frais pourraient être entièrement pris en charge par les PC, ce qui exclurait pratiquement le risque d'avoir recours à l'aide sociale.

2.4 Eléments de révision non retenus

2.4.1 Assurance des soins

On peut créer une assurance sociale distincte qui prendrait en charge les conséquences économiques de la nécessité de recevoir des soins, différentes modalités pouvant être envisagées tant pour la définition des prestations que pour le caractère obligatoire de l'assurance et le financement. Ces modalités peuvent être combinées entre elles:

- *Définition des prestations*: Comme il en va en Allemagne, le risque de soins peut être couvert par une branche de la sécurité sociale, obligatoire pour l'ensemble de la population, qui prend en charge non seulement les soins médicalement nécessaires mais aussi les autres soins, quelle qu'en soit la cause. Toutefois, l'on envisage aussi des modèles qui ne prendraient en charge que les indications médicales au sens de la LAMal.

⁵⁹ Art. 8 et 8a OPAS.

⁶⁰ Voir ch. 5.

⁶¹ Actuellement, seuls trois cantons n'ont pas encore adopté de plafond pour les frais des maisons de retraite, institutions pour invalides et établissements médico-sociaux: Neuchâtel, Saint-Gall et Bâle-Campagne.

- *Caractère obligatoire*: L'assurance peut être obligatoire pour l'ensemble de la population ou seulement pour certaines catégories, en particulier certaines tranches d'âge (personnes âgées de plus de 50, 60 ou 70 ans, p.ex.).
- *Financement*: Sur le plan du financement, on peut envisager tout particulièrement – outre les déductions salariales et les recettes fiscales générales habituelles dans les systèmes de sécurité sociale – les primes par tête, qui peuvent être soit uniformes (solidarité entre les générations) soit différenciées en fonction du risque (solidarité au sein des générations).

En Suisse, l'introduction d'une assurance de soins a souvent été débattue et rejetée. Ainsi, l'initiative parlementaire Tschopp du 30 novembre 1992, c'est-à-dire d'avant l'entrée en vigueur de la LAMal, proposait une assurance fédérale indépendante de l'assurance-maladie obligatoire qui prendrait en charge les frais sanitaires et d'encadrement social des personnes âgées de plus de 75 ans («AVS plus»).

Dans son rapport du 13 janvier 1999 présenté en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national sur la prise en charge des prestations de soins et d'encadrement social en cas de besoins en soins, le Conseil fédéral estimait qu'en matière de soins médicaux, la solidarité entre générations institutionnalisée par la LAMal devait être maintenue, qu'il n'était pas souhaitable, du point de vue social, de traiter séparément le 4^e âge et qu'il était préférable de traiter sur le même pied toutes les personnes dépendantes, quel que soit leur âge. Il jugeait par ailleurs que l'allègement de la charge, pour les familles et les personnes de condition modeste, devait trouver une solution à travers les mécanismes de contrôle des coûts et de réduction individuelle des primes. Pour ce qui est de la couverture des frais liés à la nécessité de recevoir des soins (soins, hébergement, encadrement social, assistance), le Conseil fédéral était d'avis qu'il fallait coordonner les prestations complémentaires avec l'assurance-maladie, l'allocation pour impotent et l'indemnité d'assistance que prévoyait alors la 4^e révision de l'AI. Cette conception du Conseil fédéral est confirmée par les résultats de la procédure de consultation de l'été 2004 sur le nouveau régime de financement des soins: la majorité des participants se sont prononcés contre l'introduction d'une assurance des soins séparée.

2.4.2 Financement dualfixe

Dans le contexte de la réorganisation du financement hospitalier actuellement débattue au Parlement⁶², le financement dualfixe a également été avancé comme modèle de financement possible pour les prestations de soins fournies en institution. Ce modèle⁶³ prévoit l'indemnisation de l'ensemble des coûts des soins en EMS (y compris la part d'investissements et les prestations de soins et d'assistance) sous forme de forfaits qui seraient assumés à parts égales par les assureurs-maladie et les pouvoirs publics. Simultanément, les personnes séjournant en EMS n'auraient plus droit aux allocations pour impotent de l'AVS/AI. Les forfaits pour les prestations de soins en institution devraient être négociés entre les assureurs-maladie, les pouvoirs

⁶² Voir le message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier), FF 2004 5207.

⁶³ Willy Oggier, Die Pflegefinanzierung in der Schweiz, Zurich 2002.

publics et les EMS ou leurs associations cantonales. Les prestations de soins ambulatoires seraient, elles, entièrement financées par les assureurs-maladie.

Dans un rapport d'experts sur le financement des soins⁶⁴, commandé en été 2002 en vue d'une autre révision de la LAMal, les conséquences financières du financement des soins sur le mode dualfixe sont représentées sur la base des coûts de l'année 2000: par rapport au statu quo, la charge supplémentaire annuelle serait de 140 millions de francs pour l'assurance-maladie et de 585 millions de francs pour les pouvoirs publics (cantons). Les ménages, pour leur part, seraient déchargés de 495 millions de francs par an. Etant donné l'ampleur des conséquences financières pour les pouvoirs publics, les chances de ce modèle d'être accepté par les milieux politiques apparaissent d'emblée comme minimes. Le transfert de la charge des ménages vers les pouvoirs publics aurait en outre pour effet secondaire d'orienter les prestations davantage selon le principe de l'assurance qu'en fonction des besoins.

2.4.3 Modèle des fournisseurs de prestations d'avril 2004

A l'approche de la procédure de consultation sur le nouveau régime de financement des soins, diverses associations de fournisseurs de prestations ont formulé un modèle de financement commun⁶⁵ dont plusieurs participants à la procédure ont ensuite recommandé la mise en œuvre. Ce modèle distingue quatre phases de soins: les soins aigus, les soins de réadaptation, les soins de longue durée, 1^{re} période, et les soins de longue durée, 2^e période. Soins aigus, soins de réadaptation et soins de longue durée, 1^{re} période, sont limités dans le temps à un maximum de 365 jours; au-delà, les soins, qu'ils soient prodigués en EMS ou à domicile, sont définis comme soins de longue durée, 2^e période. Les fournisseurs de prestations proposent que les soins dispensés durant les trois premières phases, qu'ils l'aient été à l'hôpital, en EMS ou à domicile, soient remboursés au prix coûtant par l'assurance obligatoire des soins. Dans la phase de soins de longue durée, 2^e période, l'assurance obligatoire des soins verserait une contribution aux frais de soins; durant cette phase, les patients supporteraient au maximum 20 % des coûts, les prestations étant partiellement prises en charge par d'autres assurances sociales. Le déficit éventuel serait couvert par les pouvoirs publics. En résumé: dans les faits, une assurance des soins est mise en place pour la première année de besoins en soins; ensuite, les prestations de l'assurance obligatoire des soins est réduite à une contribution et les coûts non couverts sont à la charge des assurés, d'autres assurances sociales et des pouvoirs publics.

Le Conseil fédéral n'a pas l'intention de poursuivre ce modèle, notamment parce que durant la première année – malgré la nouvelle (et d'ailleurs confuse) définition de phases et leur délimitation – l'intégralité du coût des soins devrait en principe être couverte par l'assurance obligatoire des soins, et que les règles de délimitation des phases et de couverture des coûts proposées par les fournisseurs de prestations n'ont pas d'autre effet que de redistribuer les fonds entre les institutions concernées en fonction de la durée pendant laquelle les diverses personnes dépendantes de soins et classées dans les différentes phases de soins sont soignées dans l'institution. La

⁶⁴ Rolf Iten/Stephan Hammer, Financement des soins, Zurich 2003.

⁶⁵ Financement des soins, points de vue conjoints des fournisseurs de prestations, Berne/Zurich, 2004.

réduction des prestations de l'assurance obligatoire des soins à une contribution à partir du 366^e jour de besoin en soins apparaît en outre arbitraire, car elle ne tient aucun compte de l'état de santé de la personne assurée.

Une telle réglementation créerait deux catégories de personnes dépendantes de soins: celles dont l'assurance couvrirait l'intégralité des coûts et celles qui ne recevraient qu'une contribution. On ne peut pas présumer que les personnes qui reçoivent des soins depuis une année puissent avoir une influence notable sur l'ampleur des soins dont elles auront encore besoin. On ne voit donc pas pourquoi ce sont précisément ces personnes qui devraient être plus mal loties. Si le délai de 365 jours a été choisi à cause de la possibilité d'avoir droit, à partir de ce moment-là, aux allocations pour impotent de l'AVS, il conviendrait d'examiner si les prestations des assurances sociales ne peuvent pas être coordonnées d'une autre manière.

2.4.4 Modèle de contribution

Après la procédure de consultation, le secrétariat central de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé a proposé un modèle, lequel s'appuie sur une proposition de réforme discutée – et finalement rejetée – par le Parlement dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal. Ce modèle de financement prévoit, tant pour les soins de traitement que pour les soins de base – à savoir donc pour des prestations qui correspondent plus ou moins à celles en vigueur – une solution de contribution: l'assurance-maladie s'acquitte uniquement d'une contribution qui est définie en pour-cent (60 % ont été proposés) des coûts imputables et est convertie en tarifs uniformes valables dans toute la Suisse. Les coûts imputables se basent sur la structure moyenne des coûts d'établissements de référence représentatifs (également au niveau régional). Afin de tenir compte de leur structure des coûts différente, les coûts imputables des homes et des soins à domicile sont établis séparément. De l'application du pourcentage (de 60 % par exemple) ancré dans la loi découle ensuite le tarif différencié selon le niveau de soins requis et la catégorie de fournisseurs de prestations (homes/soins à domicile). Les tarifs sont fixés dans l'ordonnance et adaptés annuellement à l'évolution des coûts, laquelle est également déterminée sur la base des structures de coûts standardisées relevées. Le montant restant qui n'est pas pris en charge par l'assurance-maladie est facturé au bénéficiaire de prestations et est financé par des moyens propres (notamment rentes et allocations pour impotents) ainsi que par des prestations sociales (PC, aide sociale) versées en fonction des besoins.

La raison principale pour laquelle ce modèle ne doit pas être retenu réside dans le fait que la participation exprimée en pour-cent dans un mécanisme d'adaptation annuelle des tarifs entraîne la participation automatique de l'assurance-maladie à l'évolution dynamique des coûts dans le domaine des soins, empêchant ainsi la stabilisation des dépenses de l'assurance-maladie à moyen et long terme: les prévisions pour l'année 2030 montrent que ce modèle entraînerait des dépenses supplémentaires pour l'assurance-maladie de largement plus d'un milliard de francs par rapport au modèle proposé dans le présent message. D'autres éléments apparaissent également justifier que l'on renonce à ce modèle: ainsi l'uniformisation des tarifs au niveau suisse, qui exclut toute négociation tarifaire et qui, au regard des différences cantonales existantes, laisse prévoir un nivellement au niveau moyen, ainsi la complexité des procédures de fixation et d'adaptation des tarifs, ainsi les questions de

définition délicates (notamment la définition de «l'intégralité des coûts», à savoir le 100 % des coûts correspondants).

2.4.5 Extension de la reconnaissance des bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS

Depuis l'entrée en vigueur de la 10^e révision de l'AVS en 1997, les assurés qui prennent en charge des membres de leur famille au bénéfice d'une allocation de l'AVS/AI pour impotence de degré moyen au moins et avec lesquels ils font ménage commun peuvent prétendre à une bonification pour tâches d'assistance⁶⁶. Cette bonification doit être demandée à la caisse cantonale de compensation. Au 1^{er} janvier 1998, 1116 demandes de bonification pour tâches d'assistance avaient été enregistrées, et 1852 au 1^{er} janvier 2004⁶⁷. Ce nombre plutôt bas devrait s'expliquer par le caractère relativement exigeant des conditions d'octroi. Aussi la 11^e révision de l'AVS, rejetée par le peuple le 16 mai 2004, prévoyait-elle d'étendre le droit aux bonifications pour tâches d'assistance, en ceci que les allocations pour impotent de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire auraient également été prises en compte. De plus, l'exigence du ménage commun aurait été remplacée par la possibilité de «se rendre facilement auprès de la personne prise en charge» (projet d'art. 29^{septies}, al. 1, E-LAVS⁶⁸). L'absence de lien immédiat avec la thématique des soins invite à reprendre la question d'une éventuelle adaptation de la bonification pour tâches d'assistance dans une révision de l'AVS indépendante.

2.4.6 Impôt fédéral sur les successions, source complémentaire de financement

Ces dernières années, l'on a proposé à plusieurs reprises de financer les assurances sociales – et notamment l'AVS – en prélevant un *impôt fédéral sur les successions*. Le Conseil fédéral a rejeté ces propositions au motif que la perception d'un impôt fédéral sur les successions pour financer les œuvres sociales affaiblirait les recettes des cantons et irait à l'encontre de la réforme de la péréquation financière entre la Confédération et les cantons (voir la motion 96.3213 Hafner Contribution au financement de l'AVS, impôt fédéral sur les successions et les donations). Toutefois, personne ne conteste que les éventuelles améliorations des PC constituent une forme de protection de la succession puisque le solde de la fortune ne doit pas être affecté au règlement des prestations de soins mais peut être transmis aux héritiers.

⁶⁶ La bonification pour tâches d'assistance est un montant annuel fictif qui est pris en compte pour le calcul de la rente au moment où s'ouvre le droit à la rente.

⁶⁷ Relevés de l'Office fédéral des assurances sociales.

⁶⁸ FF 2003 6073

2.5

Interventions parlementaires

L'adoption de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins permettra de classer les interventions parlementaires suivantes:

- le postulat Loepfe du 4 octobre 2002 (02.3626; N 20.6.2003), qui demandait notamment au Conseil fédéral de rédiger un rapport montrant comment sont réparties les différentes prestations des assurances sociales en matière de soins. Le message du Conseil fédéral contient une description circonstanciée de la situation actuelle des soins en Suisse du point de vue tant qualitatif que quantitatif (ch. 1.1) et répond donc au vœu de l'auteur du postulat;
- le postulat du 14 novembre 2002 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (02.3645; N 8.12.03) demande au Conseil fédéral d'également examiner, en relation avec le financement des hôpitaux, le financement dualfixe pour le domaine des homes. Etant donné que ce modèle de financement a été amplement traité dans deux rapports d'experts, le mandat peut être considéré comme étant rempli, même si le financement dualfixe dans le secteur des homes n'a pas été retenu dans le cadre du présent message, en particulier à cause des conséquences financières.
- la motion du 4 décembre 2003 (03.3597; N 8.12.2003, E 3.6.2004), par laquelle les Chambres fédérales chargeaient le Conseil fédéral de présenter au Parlement en 2004 une proposition sur la réforme du financement des soins, en accordant une attention particulière à la questions des soins de longue durée, en coordination avec l'obligation de prise en charge de la part d'autres assurances sociales (y compris les prestations complémentaires). Par son message, le Conseil fédéral remplit avec un léger retard le mandat de la motion.

3

Commentaire des différents articles

3.1

Modifications de l'assurance-maladie

La mise en œuvre du modèle proposé requiert des modifications tant au niveau de la loi qu'à celui de l'ordonnance: en effet, la loi ne décrit que le principe des prestations non médicales (art. 25, al. 2, let. a, LAMal pour les soins), tandis que les différentes prestations sont définies dans les listes positives de l'ordonnance. Dans la perspective de la mise en œuvre du modèle, ce principe de la définition des prestations dans le droit de l'assurance-maladie signifie que s'il suffit d'inscrire les principes du modèle au niveau de la loi, il y a lieu de redéfinir les prestations de soins prises en charge par les caisses-maladie dans l'ordonnance départementale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

3.1.1 Modifications au niveau de la loi

Art. 25, al. 2, let. a et a^{bis}, LAMal

Au niveau de la loi, il faut, d'une part, introduire dans la définition des prestations générales de l'art. 25 LAMal le couple de concepts soins de base/soins de traitement, et, d'autre part, inscrire le principe selon lequel l'assurance ne verse qu'une participation aux frais des soins de base.

Art. 50 LAMal

Alors que, selon les normes de délégation en vigueur, la participation aux frais des soins de base devra être définie dans l'OPAS, le remboursement des frais des soins de traitement suivra les principes tarifaires du droit en vigueur, c.-à-d. qu'il sera négocié et fixé par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. La liberté existant en principe quant aux termes de la convention sera toutefois limitée dans le domaine des établissements médico-sociaux⁶⁹, dans la mesure où les partenaires tarifaires seront tenus par la loi de définir un mode de rémunération forfaitaire pour le remboursement des soins de traitement. Une telle règle est indiquée du point de vue de la maîtrise des coûts, car l'expérience a montré que le tarif à la prestation peut inciter à fournir des prestations et, de ce fait, favorise une augmentation de leur volume.

Art. 104a LAMal

Comme, lors de la phase d'introduction de la LAMal, l'on a constaté un manque de transparence en matière de coûts dans les domaines des soins à domicile et des établissements médico-sociaux, une délégation de compétence a été ajoutée dans l'OAMal en automne 1997 (art. 59a): cette délégation repose sur l'art. 43, al. 7, LAMal, selon lequel «le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation» et peut, si la transparence des coûts des organisations de soins et d'aide à domicile et des établissements médico-sociaux est insuffisante, habiliter le département à édicter des tarifs-cadres à ne pas dépasser. Conscient de cette difficulté de mise en œuvre, le législateur a adopté en 2000 l'art. 104a LAMal. Cette disposition transitoire constitue une base légale formelle qui octroie expressément à la Confédération la compétence d'édicter des normes. L'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins ôte toute justification à cette norme autorisant l'adoption de tarifs-cadres, qui doit donc être abrogée.

3.1.2 Perspective: modifications au niveau de l'ordonnance

En vertu de l'organisation du droit de l'assurance-maladie, toutes les autres modifications de cette assurance doivent être effectuées au plan de l'ordonnance: à l'art. 33 LAMal, le législateur donne notamment au Conseil fédéral la compétence de préci-

⁶⁹ En ce qui concerne les soins à domicile, une telle norme contraignante devrait moins être de mise, car dans ce domaine les conventions prévoient généralement des tarifs au temps consacré.

ser les prestations décrites à l'art. 25, al. 2, LAMal ou d'en confier le soin au département ou à l'office fédéral. Comme dans le droit en vigueur, on peut supposer que le Conseil fédéral délèguera sa compétence législative, de sorte que tant la (nouvelle) définition des soins de base et des soins de traitement que la participation aux frais des soins de base et le renforcement des instruments de maîtrise des coûts pourront figurer dans l'OPAS. L'adaptation de l'OPAS devrait comprendre avant tout les éléments suivants:

- *Nouvelle définition des soins de base et des soins de traitement (Art. 7 OPAS)*: les définitions des soins de base et des soins de traitement actuellement en vigueur, inscrites à l'art. 7 OPAS, proviennent pour l'essentiel de normes du droit antérieur à la LAMal, qui ont été reprises dans le texte de l'OPAS en 1995. Il paraît dès lors indiqué de vérifier ces définitions et de les préciser, le cas échéant, pour qu'elles correspondent à la doctrine et à la pratique qui prévalent. De manière générale, il faudra veiller, lors de la mise à jour des définitions, à ne pas oublier les besoins des personnes dépendantes de soins dans des situations particulières (comme les soins palliatifs ou les soins prodigués en cas de maladie psychique ou de démence sénile). Il y a lieu en outre d'adapter les soins de base définis dans le catalogue des prestations à la définition internationalement reconnue des activités de la vie quotidienne (AVQ)⁷⁰.
- *Définition de la contribution aux frais des soins de base*: la contribution aux frais des soins de base due par les assureurs devrait être définie au niveau de l'ordonnance du département, comme c'est déjà le cas dans le droit en vigueur pour la participation aux frais de cure balnéaire (art. 25 OPAS) et aux frais de transport et de sauvetage (art. 26 et 27 OPAS). Par analogie avec les tarifs-cadres en vigueur, on peut supposer qu'un montant en francs (par jour ou par heure) sera fixé, échelonné le cas échéant suivant le niveau de soins requis.
- *Révision des procédures d'évaluation des soins requis et de contrôle*: pour maîtriser l'évolution du volume des prestations en matière de soins, il sera indispensable de revoir les mécanismes d'évaluation des soins requis et de contrôle (et en particulier la durée limitée de la prescription et la possibilité de la renouveler), mécanismes actuellement définis aux art. 8 et 8a OPAS, et, si nécessaire, de les compléter notamment par une norme sur le recours aux gériatres.

3.2 Modifications de l'AVS

Art. 43^{bis} LAVS

Les bénéficiaires de rentes de vieillesse qui présentent une impotence faible ont désormais droit à une allocation pour impotent pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (soins de base), qui permet, combinée avec la contribution de l'assurance-maladie aux frais de base, de couvrir les prestations des soins à domicile. Toutefois, l'allocation en cas d'impotence faible ne sera servie qu'aux personnes qui habitent chez elles et non à celles qui vivent dans un home. Il s'agit d'inciter

⁷⁰ Voir ch. 2.2.1 ci-dessus.

ainsi les personnes à éviter aussi longtemps que possible de recourir aux infrastructures de soins de type hospitalier.

3.3 Modifications en matière de prestations complémentaires

Art. 3a, al. 3, LPC

Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital, la prestation complémentaire annuelle ne peut actuellement dépasser 175 % du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules fixé à l'art 3b, al. 1, let. a, LPC, soit actuellement 30 900 francs par an ou 2575 francs par mois. Le nouveau régime supprime cette limite, en présupant que les cantons prévoient généralement un plafond pour les taxes journalières réputées dépenses reconnues. Actuellement, 23 cantons sur 26 ont déjà fait usage de la possibilité de plafonner les taxes de home prises en compte.

Il faut souligner que l'abolition de la limite de prestations doit être coordonnée dans le temps avec la réalisation de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (voir à ce propos ch. 5).

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

4.1.1 Remarques générales

La dynamique générale de l'évolution des coûts ou des dépenses dans le domaine des soins est déterminée principalement par des variables exogènes. Ce domaine sera influencé surtout par deux variables qui interagissent, l'évolution démographique et les progrès de la médecine. L'évolution des coûts est difficile à quantifier (voir aussi ch. 1.2.2 et en particulier l'étude de l'observatoire suisse de la Santé effectuée spécialement à ce propos), mais à long terme il est très vraisemblable que les facteurs exogènes provoqueront dans l'ensemble du domaine des soins une hausse qui se répercutera sur tous les agents financeurs et représentera donc aussi une charge accrue pour les pouvoirs publics.

A propos des conséquences financières du modèle, on retiendra qu'aujourd'hui déjà, les coûts des soins non pris en charge par l'assurance-maladie sont couverts par d'autres sources de financement, à commencer par les ménages, ainsi que les cantons et les communes par le biais des prestations complémentaires et de l'aide sociale. Il s'ensuit que le nouveau régime ne produira en général pas de surcoûts à proprement parler, mais des transferts de charges entre les sources de financement, et ce principalement entre les ménages et les pouvoirs publics (prestations complémentaires, aide sociale).

4.1.2 Conséquences financières pour les différentes assurances sociales

Les conséquences financières du projet de révision pour les différentes assurances sociales peuvent se résumer comme suit⁷¹:

- *Conséquences financières pour l'assurance-maladie*: on peut supposer que la contribution aux frais des soins de base sera définie de manière à laisser à peu près inchangée la charge de l'assurance-maladie selon les tarifs-cadres (env. 1,4 milliard de francs aujourd'hui). Mais si l'on admet que les tarifs-cadres ne permettent plus de couvrir intégralement les prestations obligatoires dans le domaine des soins comme au moment de leur introduction (au 1^{er} janvier 1998), il faut dans la situation actuelle déjà compter avec un surcoût hypothétique que l'on peut estimer à 500 millions de francs⁷² (ce qui porterait les coûts actuels à 1,9 mia. de fr.). Si, de plus, on admet logiquement que ce surcoût suivra la même évolution que les autres coûts de l'assurance-maladie, il pourrait tripler d'ici à 2030, donc atteindre 1,5 milliard de francs. Le modèle de financement proposé a donc un effet modérateur sur l'évolution des coûts et des primes dans l'assurance-maladie, effet d'une importance capitale au vu de l'évolution démographique et de l'augmentation du besoin en prestations de soins qui va de pair.
- *Conséquences financières pour l'AVS*: le surcoût de l'introduction d'une allocation pour impotent pour les rentiers présentant une impotence de faible degré est estimé à 20 millions de francs.
- *Conséquences financières pour les prestations complémentaires et l'aide sociale*: d'un côté, la modification des PC devrait entraîner pour les cantons (et la Confédération) une charge supplémentaire (estimée à 236 mio. de fr.⁷³), de l'autre ce relèvement des PC devrait permettre de décharger notablement l'aide sociale cantonale et communale (d'env. 100 mio. de fr.), et de réduire le cas échéant le besoin de subventionnement des EMS publics et des services publics de soins à domicile. L'un dans l'autre, l'extension des PC devrait cependant peser plus lourd, si bien que l'on doit s'attendre à un surcoût net pour les pouvoirs publics.

⁷¹ Pour une estimation des conséquences à long terme, voir l'annexe 1.

⁷² Il est difficile d'estimer le volume de la couverture intégrale des coûts, car avec le système actuel cette estimation dépend dans une mesure déterminante de la manière de délimiter les prestations de soins de base obligatoirement prises en charge de celles qui ne le sont pas, car la définition que l'art. 7 OPAS donne de la notion de soins de base est très ouverte. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sanitaires estime le surcoût à plus d'un milliard de francs dans le domaine des EMS, à partir d'une définition apparemment très extensive de cette notion. En partant d'une définition moins extensive, assurément plus proche de l'esprit de la LAMal, on arrive à une estimation nettement inférieure.

⁷³ La suppression du plafond des PC pour les pensionnaires de home se traduirait par un surcoût total estimé à 236 millions de francs (PC à l'AVS et à l'Al). Si l'on ne prend en compte que les PC à l'AVS, on arrive à 158 millions de francs.

4.1.3 Conséquences financières pour les pouvoirs publics

Les modifications des PC et l'introduction dans l'AVS d'une allocation pour impotente de faible degré entraîneront directement une charge supplémentaire pour la Confédération et les cantons. Selon les clés de financement actuellement en vigueur (c.-à-d. sans prise en considération de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, voir à ce propos ch. 5), les coûts annuels estimés pour l'AVS et les PC se répartiront comme suit entre la Confédération et les cantons:

Tableau 10

Conséquences financières pour la Confédération et les cantons (en mio. de fr.)

	Confédération	Cantons
AOS	0	0
API AVS ⁷⁴	+ 3,3	+ 0,7
PC à l'AVS	+ 35,5	+ 122,5
PC à l'AI	+ 17,5	+ 60,5
Total I	+ 56,3	+ 183,7
Aide sociale	0	- 100
Total II	+ 56,3	+ 83,7

Légende:
AOS assurance obligatoire des soins
API AVS allocation pour impotent de l'AVS
PC prestation complémentaire

A moyen et à long termes, il faut s'attendre à ce que ces coûts supplémentaires annuels augmentent en termes réels pour la Confédération et les cantons, mais de manière moins dynamique que les coûts de la santé. Selon des estimations pour l'année 2030 (voir annexe 1), cette augmentation devrait être proportionnellement moindre que celle des coûts des soins. Par voie de conséquence, la part des prestations complémentaires et des allocations pour impotent au financement du secteur des soins devrait diminuer, de même que, proportionnellement, la charge des pouvoirs publics.

4.1.4 Conséquences financières pour les ménages ou les personnes dépendantes de soins

Aujourd'hui déjà, les frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie sont couverts autrement. A court terme, le nouveau régime de financement des soins n'entraînera donc pas de charge supplémentaire pour les ménages; au contraire,

⁷⁴ Selon le droit en vigueur, les pouvoirs publics (Confédération et cantons) participent au total à 20 % des dépenses de l'AVS; en l'espèce, leur participation se montera donc à 4 millions de francs pour une dépense supplémentaire de 20 millions de francs.

l'extension des prestations complémentaires et l'introduction d'une allocation pour impotence de faible degré devraient globalement alléger quelque peu la charge pesant sur les personnes nécessitant des soins. Mais comme les prestations complémentaires sont accordées sous condition de ressources, l'allègement effectif dépendra de la situation de chaque ménage (voir à ce propos les exemples-types à l'annexe 3).

Avec la participation proposée de l'assurance-maladie aux frais des soins de base, il faut cependant s'attendre, à moyen ou à long terme, à ce que la charge augmente pour les ménages (voir à ce propos les tableaux de l'annexe 1 sur l'évolution à long terme). Il est en effet à prévoir que cette participation n'évoluera pas au même rythme que les coûts du secteur des soins, si bien qu'à long terme la part de financement de l'assurance-maladie diminuera proportionnellement. La situation des ménages risque également de se détériorer du fait que la dynamique d'adaptation des différents éléments du revenu des personnes âgées (rentes AVS selon l'indice mixte, rentes LPP sans obligation de compensation du renchérissement) sera selon toute vraisemblance plus faible que l'évolution des coûts de la santé et des soins.

4.2 Conséquences pour le personnel

On ne peut exclure que la mise en œuvre du modèle proposé amène à une augmentation du nombre de bénéficiaires de PC, ce qui entraînera une légère hausse du besoin de personnel dans les cantons.

4.3 Conséquences pour l'économie publique

La proposition de nouveau régime de financement des soins n'aura qu'un effet marginal, voire imperceptible, sur le volume des coûts dus aux prestations de soins. Ce qui changera, c'est la répartition de ces coûts entre agents payeurs. Aujourd'hui déjà, les coûts qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie sont couverts par d'autres sources de financement. D'un point de vue statique, on ne devrait donc assister qu'à un transfert entre sources de financement. Si l'assurance obligatoire des soins voit ses coûts consacrés aux soins de longue durée se stabiliser ou même diminuer par l'effet de sa participation (réduite) aux coûts des soins de base, la part non prise en charge de ces coûts devra être couverte par d'autres sources de financement, soit essentiellement les ménages, les PC à l'AVS et les pouvoirs publics. La modification proposée ne libère donc pas de fonds qui pourraient être consacrés à d'autres fins.

Comparées au produit intérieur brut (433 mia. de fr. en 2003), les charges redistribuées entre les agents payeurs sont trop petites pour avoir un effet sur l'économie publique. Du fait que la proposition ne changera rien ni à la quantité ni à la qualité des prestations fournies, il ne devrait pas non plus en résulter d'effet sur le marché de l'emploi.

Rapport avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

L'arrêté fédéral du 3 octobre 2003 concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)⁷⁵, accepté par le peuple le 28 novembre 2004, a des effets sur le nouveau régime de financement des soins dans le domaine des prestations complémentaires et des allocations pour impotence dans l'AVS ainsi que dans le domaine de l'aide et des soins à domicile: le domaine de compétence des PC sera partiellement désenchevêtré, ce qui – d'après les modifications prévues dans les lois spéciales selon le message du Conseil fédéral⁷⁶ – aura pour conséquence que la Confédération assumera, dans le régime des prestations complémentaires, la plus grande partie des frais liés à la couverture des besoins vitaux ($\frac{5}{8}$ des frais) tandis que les cantons, outre une participation à cette couverture ($\frac{3}{8}$ des frais), assumeront intégralement les prestations complémentaires liées aux frais de maladie et d'invalidité. Les cantons doivent ainsi assumer le montant des taxes de home qui dépasse le minimum vital. Ils peuvent limiter la taxe journalière pour un séjour dans un home ou un hôpital, et influencer ainsi sur le montant des PC qu'ils doivent financer eux-mêmes. Dans ce système, la fixation d'un plafond annuel pour les PC versées aux pensionnaires de home n'a pas de sens, et il faut donc l'abolir. En outre, les cantons continueront à avoir, avec la RPT, la possibilité de tenir plus ou moins compte de la fortune des pensionnaires.

Tableau 11

Conséquences financières pour la Confédération et les cantons en tenant compte de la RPT (en mio. de fr.)⁷⁷

	Confédération	Cantons
AOS	0	0
API AVS ⁷⁸	+ 4	0
PC	0	+ 236
Total I	+ 4	+ 236
Aide sociale	0	- 100
Total II	+ 4	+ 136

Légende:
AOS assurance obligatoire des soins
API AVS allocation pour impotent de l'AVS
PC prestations complémentaires

⁷⁵ FF 2003 6035 ss.

⁷⁶ FF 2002 2295 ss.

⁷⁷ Les charges supplémentaires et les allègements résultant du modèle se compensent dans le bilan global de la RPT.

⁷⁸ Voir note 73; avec la RTP, la totalité de la part des pouvoirs publics sera prise en charge par la Confédération.

La RPT transfère pour l'essentiel aux cantons la responsabilité du financement des taxes de home, également dans le domaine des PC. De la sorte, les charges dues aux prestations complémentaires mentionnées sont entièrement supportées par les cantons. Par ailleurs, la charge prévue dans le domaine des allocations pour impotent incombera entièrement à la Confédération. Par contre, dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, la responsabilité est notablement transmise aux cantons. Mais l'ensemble des nouvelles charges et des allègements financiers se compensent dans le bilan global de la RPT, si bien que la réorganisation des tâches est neutre en termes budgétaires pour la Confédération et l'ensemble des cantons. Afin d'éviter des problèmes de politique financière sur le bilan global de la RPT, il est impératif d'abolir le plafond des PC en même temps que la mise en vigueur de la RPT. Si la limitation des prestations était supprimée avant l'entrée en vigueur de la RPT, cela aboutirait en effet à un renforcement de l'incongruité existante entre les responsabilités administratives et financières de la Confédération et des cantons dans le domaine des prestations complémentaires. En outre, cela mènerait à des dépenses excédentaires indésirables pour le budget de la Confédération et pour les budgets des cantons avant l'entrée en vigueur de la RPT, avec les répercussions correspondantes sur la balance globale de la RPT. Il s'agit donc d'empêcher cela dans l'intérêt des budgets publics et dans l'intérêt d'un passage sans problèmes au projet RPT. La coordination temporelle doit donc être explicitement réglée dans les dispositions finales.

6 Rapport avec le programme de la législature

Le projet est annoncé dans le rapport du 25 février 2004 sur le programme de la législature 2003–2007, où il figure comme objet des Grandes lignes (FF 2004 1063).

7 Aspects juridiques

7.1 Constitutionnalité

Le projet s'appuie sur les normes constitutionnelles qui régissent la compétence de la Confédération pour légiférer dans le domaine des diverses assurances sociales (art. 112 Cst. pour l'AVS/AI, art. 117 Cst. pour l'assurance-maladie et accidents, disposition transitoire ad art. 112 Cst. pour les prestations complémentaires).

7.2 Relation avec le droit européen

7.2.1 Le droit de la Communauté européenne

Le droit communautaire n'établit pas de normes dans les domaines que traite le présent projet de révision. Les questions relatives à la structure et aux modalités de financement des régimes de soins de santé et de soins de longue durée ne font pas partie de l'acquis communautaire. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent. Néanmoins, la recommandation du 27 juillet 1992

relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale⁷⁹ invite les Etats membres à prendre des mesures appropriées en faveur des personnes âgées en tenant compte de leurs besoins spécifiques lorsqu'elles sont dépendantes des soins et des services d'autrui. Par ailleurs, plusieurs communications de la Commission relèvent les intérêts économique et social d'une couverture obligatoire de la population contre le risque de dépendance⁸⁰. La nécessité des soins de longue durée est considérée comme un risque social majeur qui doit être couvert par les régimes de sécurité sociale. Les personnes âgées dépendantes doivent pouvoir disposer de soins médicaux et paramédicaux ainsi que d'une aide à domicile pour leurs besoins quotidiens. Les Etats membres sont appelés à favoriser leur indépendance et à les inciter à vivre chez elles aussi longtemps que possible.

7.2.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977⁸¹. Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux 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 d'état morbide, quelle qu'en soit la cause. Le Code européen de sécurité sociale ne prévoit aucune disposition spécifique concernant les soins de longue durée servis aux personnes âgées.

Quant aux recommandations du Comité des Ministres aux Etats membres ayant trait aux soins de longue durée⁸², le projet de révision va dans le sens de ce qu'elles préconisent. La recommandation n° R (98) 9 du Conseil de l'Europe relative à la dépendance dispose que des prestations devraient être servies, en nature ou en espèces, aux personnes dépendantes, tant à domicile qu'en institution, et qu'elles devraient correspondre aux différentes situations dans lesquelles se trouvent les personnes dépendantes ayant besoin de soins et d'aide.

7.3 Assujettissement au frein aux dépenses

Aux termes de l'art. 159, al. 3, let. b, Cst., l'art. 43^{bis} LAVS et l'art. 3a LPC doivent être adoptés à la majorité des membres des deux Chambres, car la décision entraîne des dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs par année.

⁷⁹ JOCE n° L 245 du 26 août 1992, p. 49.

⁸⁰ Notamment la communication de la Commission du 12 mars 1997 «Moderniser et améliorer la protection sociale dans l'Union européenne» COM (97) 102 final.

⁸¹ RO 1978 1491.

⁸² La résolution (74) 31 du 22 septembre 1974 relative à l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées vivant à domicile, la recommandation n° R (80) 15 du 14 novembre 1980 concernant une meilleure distribution des soins médicaux à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux, la recommandation n° R (86) 5 du 17 février 1986 sur la généralisation des soins médicaux, la recommandation n° R (98) 9 du 18 septembre 1998 relative à la dépendance, la recommandation n° Rec (2000) 18 du 21 septembre 2000 sur les critères de développement des politiques de promotion de la santé.

7.4

Délégation de compétences législatives

Les compétences de réglementation nécessaires en matière de pratique des diverses assurances sociales touchées par la présente révision (pouvoir d'édicter des ordonnances d'application) sont déléguées au Conseil fédéral par l'art. 96 LAMal, l'art. 154, al. 2, LAVS et l'art. 19, al. 2, LPC. Le projet s'appuie sur les normes existantes et ne délègue aucune nouvelle compétence législative au Conseil fédéral.

Tableaux relatifs aux prévisions à long terme

Tableau A

Etablissements médico-sociaux: conséquences du nouveau régime de financement et estimation de l'évolution jusqu'en 2030

	2001 (situation de départ)		2001 (nouveau régime de financement)			Prévisions 2030 (nouveau régime de financement)	
	en mio. de fr.	en %	en mio. de fr.	en %		en mio. de fr.	en %
Agents payeurs							
AMal (net)	1 071,8	19,21	1 071,8	19,21	*	2 002,0	15,99
Ménages	2 640,9	47,34	2 617,9	46,93		6 891,0	55,05
Cantons/communes	1 270,3	22,77	1 266,3	22,70		2 498,6	19,96
– dont contributions/ subventions etc.	479,7	8,60	479,7	8,60		1 076,4	8,60
– dont aide sociale	97,0	1,74	0	0,00	**	0,0	0,00
– dont part PC	693,6	12,43	786,6	14,10	***	1 422,2	11,36
Confédération (part PC)	201,4	3,61	228,4	4,09	***	413,0	3,30
AVS	308,9	5,54	308,9	5,54		521,8	4,17
– dont API	308,9	5,54	308,9	5,54		521,8	4,17
– dont subventions directes	0,0	0,00	0,0	0,00		0,0	0,00
Autres assurances (AA, AM, privées)	1,8	0,03	1,8	0,03		4,0	0,03
Autre financement privé	83,8	1,50	83,8	1,50		188,0	1,50
Total	5 578,9	100,00	5 578,9	100,00		12 518,5	100,00

Sources: Rapport Obsan/IRER (2004); calculs OFAS/OFSP

Notes:

* Maintien du volume de financement actuel

** Allègement pour l'aide sociale, extension des PC

*** Extension des PC: selon les calculs de l'Obsan, l'extension des PC équivaldrait pour l'année 2001 à 120 millions de francs au total (contre les 158 millions estimés par l'OFAS et annoncés pour l'année 2003 dans le message)

**Soins à domicile: conséquences du nouveau régime de financement
et estimation de l'évolution jusqu'en 2030**

	2001 (situation de départ)		2001 (nouveau régime de financement)			Prévisions 2030 (nouveau régime de financement)	
	en mio. de fr.	en %	en mio. de fr.	en %		en mio. de fr.	en %
Agents payeurs							
AMal (net)	230,3	24,61	230,3	24,61	*	387,8	16,77
Ménages	41,1	4,39	21,1	2,25		309,6	13,38
Cantons/communes	343,4	36,70	343,4	36,70		847,8	36,65
– <i>dont contributions/ subventions etc.</i>	341,3	36,47	341,3	36,47		842,6	36,43
– <i>dont aide sociale</i>	2,1	0,22	2,1	0,22		5,2	0,22
– <i>dont part PC</i>	0,0	0,00	0,0	0,00		0,0	0,00
Confédération (part PC)	0,0	0,00	0,0	0,00		0,0	0,00
AVS	237,2	25,35	257,2	27,48		560,8	24,24
– <i>dont API</i>	77,2	8,25	97,2	10,39	**	164,3	7,10
– <i>dont subventions directes</i>	160,0	17,10	160,0	17,10		396,5	17,14
Autres assurances (AA, AM, privées)	37,7	4,03	37,7	4,03		93,2	4,03
Autre financement privé	46,1	4,93	46,1	4,93		113,9	4,92
Total	935,8	100,00	935,8	100,00		2 313,1	100,00

Sources: Rapport Obsan/IRER (2004); calculs OFAS/OFSP

Notes:

* Maintien du volume de financement actuel

** Introduction d'une API pour impotence faible: + 20 millions de francs

**EMS et soins à domicile: conséquences du nouveau régime
de financement et estimation de l'évolution jusqu'en 2030**

	2001 (situation de départ)		2001 (nouveau régime de financement)		Prévisions 2030 (nouveau régime de financement)	
	en mio. de fr.	en %	en mio. de fr.	en %	en mio. de fr.	en %
Agents payeurs						
AMal (net) ⁸³	1 302,1	19,99	1 302,1	19,99	2 389,8	16,11
Ménages	2 682,0	41,17	2 639,0	40,51	7 200,6	48,55
Cantons/communes	1 613,7	24,77	1 609,7	24,71	3 346,4	22,56
– dont contributions/ subventions etc.	821,0	12,60	821,0	12,60	1 919,0	12,94
– dont aide sociale	99,1	1,52	2,1	0,03	5,2	0,04
– dont part PC	693,6	10,65	786,6	12,07	1 422,2	9,59
Confédération (part PC)	201,4	3,09	228,4	3,51	413,0	2,78
AVS	546,1	8,38	566,1	8,69	1 082,6	7,30
– dont API	386,1	5,93	406,1	6,23	686,1	4,63
– dont subventions directes	160,0	2,46	160,0	2,46	396,5	2,67
Autres assurances (AA, AM, privées)	39,5	0,61	39,5	0,61	97,2	0,66
Autre financement privé	129,9	1,99	129,9	1,99	301,9	2,04
Total	6 514,7	100,00	6 514,7	100,00	14 831,6	100,00

Sources: Rapport Obsan/IRER (2004); calculs OFAS/OFSP

⁸³ Ces résultats pour l'assurance-maladie diffèrent considérablement de l'estimation figurant dans le tableau 8, et cela pour deux raisons: d'une part, les calculs ci-dessus ne prennent pas en compte la participation aux coûts; d'autre part, sur la base du nouveau modèle de financement pour les soins de base, seule l'évolution démographique est prise en considération.

Estimations à titre d'exemple des coûts des soins dans l'AOS dans un home sur la base de l'évolution démographique et de la répartition des frais des soins

Scénario de base:

Pas de transfert dans le futur de cas dans les niveaux de soins

				nombre 2030
personnes dans homes & EMS				119 292
dont avec soins				114 401
	95,9 %			
niveaux de soins	prix/jour	coûts/année	nombre de cas en %	coûts 2030
1	20	7 300	25,0 %	208 990 415
2	40	14 600	33,5 %	559 855 138
3	60	21 900	25,2 %	632 455 054
4	70	25 550	16,2 %	473 859 530
			100,0 %	1 875 160 138

Scénario A:

Progrès médical + prévention mènent à une diminution du besoin des soins (transfert de cas à charge des niveaux 1 + 2 de 5 % chacun)

				nombre 2030
personnes dans homes & EMS				119 292
dont avec soins				114 401
	95,9 %			
niveaux de soins	prix/jour	coûts/année	nombre de cas en %	coûts 2030
1	20	7 300	30,0 %	250 746 653
2	40	14 600	38,5 %	643 367 616
3	60	21 900	20,2 %	507 186 338
4	70	25 550	11,2 %	327 712 695
			100,0 %	1 729 013 303

Scénario B:

L'évolution démographique mène à une augmentation du besoin des soins (transfert de cas à la charge des niveaux 3 + 4 de 5 % chacun)

				nombre 2030
personnes dans homes & EMS				119 292
dont avec soins				95,9 % 114 401

niveaux de soins	prix/jour	coûts/année	nombre de cas en %	coûts 2030
1	20	7 300	20,0 %	167 234 176
2	40	14 600	28,5 %	476 342 661
3	60	21 900	30,2 %	757 723 770
4	70	25 550	21,2 %	620 006 366
			100,0 %	2 021 306 973

Sources:

- Scénario de base: nombre de cas par niveaux de soins établi approximativement selon les frais de soins dans la statistique des établissements non hospitaliers de l'OFS.
- Prix/jour correspond aux tarifs-cadres maximaux de chaque niveau (état 1.1.2004).
- Nombre estimé de personnes en EMS selon scénario démographique «Tendance» de l'OFS.

Exemples-types

Remarque préliminaire: Ces deux exemples ont pour but d'illustrer les effets fondamentaux du nouveau modèle de financement par rapport au droit en vigueur, ce qui explique certaines simplifications (p. ex. dans le calcul des prestations complémentaires). Les effets (ou l'absence d'effet) sur les prestations des assurances sociales qui connaissent des adaptations avec le nouveau modèle sont marqués en gris.

Exemple 1: Rentière AVS seule vivant en EMS (jour de référence 1.12.2004)

Pour une rentière seule vivant en EMS et dont le revenu sous forme de rentes correspond à la moyenne helvétique, le nouveau modèle de financement ne change rien – du moins à court terme – à la prestation qu'elle reçoit de l'*assurance-maladie*: selon le tarif-cadre en vigueur, cette rentière, qui présente une impotence de degré moyen, reçoit 60 francs par jour (= 21 900 fr./an) pour les soins de base et les soins de traitement; avec la réforme proposée, le montant serait le même, mais composé différemment: contribution de 45 fr./jour aux frais de soins de base et remboursement intégral (estimé ici à 15 fr./jour) des frais de traitement. A moyen et à long terme, la contribution de 45 fr./jour, si elle n'est pas augmentée, couvrira une part de plus en plus réduite des dépenses et occasionnera ainsi une charge financière supplémentaire pour la rentière. Dans le domaine des *prestations complémentaires*, le plafonnement des prestations est supprimé avec le nouveau modèle, si bien que la rentière n'a plus besoin de recourir à l'aide sociale.

	Droit en vigueur	Réforme proposée
Revenu		
– Rente 1 ^{er} pilier	20 500	20 500
– Rente 2 ^e pilier	16 000	16 000
– Allocation p. impotent	6 300	6 300
– Prestations AMal	21 900	21 900
Revenu total	64 700	64 700
Dépenses		
– Taxes de home	90 000	90 000
– Dépenses personnelles	3 500	3 500
– Primes AMal	3 000	3 000
Total des dépenses	96 500	96 500
Excédent de dépenses	31 800	31 800
Prest. complémentaires	30 300	31 800
Aide sociale	1 500	0

Exemple 2: Rentière AVS seule, soins à domicile (jour de référence 1.12.2004)

La rentière, qui vit de ses rentes du 1^{er} et 2^e pilier, présente une impotence de faible degré et a besoin chaque jour de deux heures d'aide et de soins à domicile: une pour les soins de base (45 fr.) et une pour des prestations ménagères (22 fr.). La contribution de l'*assurance-maladie* aux frais des soins de base est égale à ce qu'elle est sous le droit en vigueur ($365 \times 45 \text{ fr.} = \sim 16\,400 \text{ fr.}$). Mais là aussi, à moyen et à long terme, la contribution de 45 fr./jour, si elle n'est pas augmentée, couvrira une part de plus en plus réduite des dépenses et occasionnera ainsi une charge financière supplémentaire pour la rentière. Ce qui change pour elle avec la réforme proposée, c'est qu'elle reçoit de l'*AVS* une allocation pour impotence de faible degré.

	Droit en vigueur	Réforme proposée
Revenu		
– Rente 1 ^{er} pilier	22 500	22 500
– Rente 2 ^e pilier	22 500	22 500
– Allocation p. impotent	0	2 500
– Prestations AMal	16 400	16 400
Revenu total	61 400	63 900
Dépenses		
– Besoins vitaux	17 300	17 300
– Loyer	13 200	13 200
– Prestations Spitex		
– soins de base	16 400	16 400
– aide à domicile	8 000	8 000
– Primes AMal	3 000	3 000
Total des dépenses	57 900	57 900
Excédent du revenu	3 500	6 000