

**Stéphane Rossini, Riccardo Crivelli, Iva Bolgiani,
Anne Clausen, Daniel Prélaz, Francesca Scalici**

Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé

Recherche réalisée dans le cadre du Fonds national de la recherche scientifique - DORE
Projet Nr. 13DPD6_127248

Lausanne, juillet 2012

Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé

Recherche réalisée dans le cadre du Fonds national de la recherche scientifique - DORE
Projet Nr. 13DPD6_127248

Prof. Stéphane Rossini

Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne, requérant principal

Prof. Riccardo Crivelli

Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana, SUPSI et Université de Genève, co-requérant

Dr. Iva Bolgiani

Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità et Université de Genève, co-requérante

Anne Clausen

Chargée de recherche, Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne

Daniel Prélaz

Chargé de recherche, Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne

Francesca Scalici

Chargée de recherche, Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana, SUPSI

Hes·so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences
Western Switzerland

Résumé

1. La recherche

Le système suisse de santé constitue un ensemble vaste et complexe de dispositions et compétences fédérales, cantonales et communales. Il associe des acteurs publics et privés, institutions et fournisseurs de prestations, associations professionnelles, lieux de formation, etc. Dans ce cadre, nous avons étudié la cohérence des mécanismes d'allocation des ressources au travers de cinq champs spécifiques relevant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal : 1. La planification hospitalière ; 2. Le financement des soins ; 3. La réduction des primes d'assurance-maladie ; 4. La clause du besoin en matière de démographie médicale ambulatoire ; 5. Les médicaments. Ces problématiques ont été analysées à travers leur mise en œuvre dans les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud. Cet échantillon se caractérise par une grande diversité et de nombreuses complémentarités, d'une part, géographiques, démographiques, culturelles, linguistiques et politiques ; d'autre part de structures sanitaires : cantons disposant d'hôpitaux régionaux, régionaux et universitaires, aux structures de prise en charge plurielles (EMS, Soins à domicile), aux administrations diverses. Concrètement, il s'est agi : a) de décrire par quels acteurs, dans quels espaces décisionnels, selon quels processus et à l'aune de quels critères les choix d'allocation des ressources ont été opérés ; b) d'apprécier le degré de cohérence des décisions entre les niveaux institutionnels et pour les différents acteurs ; c) de comprendre comment la dimension éthique sous-tend ces processus d'allocation des ressources.

Les pratiques cantonales ont été mises en perspective de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, puis comparées entre elles. En documentant rigoureusement les modalités de choix et de gouvernance, de 1960 à 2012 pour la planification hospitalière et de 1996 à 2011 pour les autres champs étudiés, la recherche décrit comment se construisent et se transforment ces politiques sanitaires sectorielles. Elle présente les postures, agissements et décisions des uns et des autres. Elle décortique les liens entre Confédération et cantons dans l'application plurielle d'une même loi fédérale, la LAMal.

La démarche méthodologique associe, d'une part, une analyse monographique et, d'autre part, des entretiens ciblés. Trois axes structurent l'élaboration des monographies : la description de l'objet, de son contenu et des enjeux allocatifs ; la description du processus de décision, du rôle et de la position des acteurs : la chronologie du processus, propositions envisagées, expertises, etc. ; le contenu de la décision et les arguments la légitimant. L'analyse des données est réalisée à partir de trois points de vue : la cohérence du processus, la dimension éthique, la comparaison. Nous avons dès lors été en mesure d'identifier les quatre éléments principaux suivants : 1. Les critères d'allocation des ressources retenus et appliqués. 2. La cohérence des processus, respectivement la mise en évidence des incohérences, voire des contradictions. 3. L'existence et le contenu de la dimension de transfert éthique. 4. La comparaison des pratiques cantonales.

2. Résultats généraux et principaux

La recherche décortique dans le détail des mécanismes de gouvernance et des processus d'allocation des ressources. Son intérêt résulte d'abord dans la compréhension fine de ces mécanismes sectoriels. L'image globale qui découle d'une synthèse résumée est par conséquent réductrice. Relevons enfin que cette étude est unique à ce jour en Suisse.

2.1. Le fédéralisme en question

Le fédéralisme constitue le cadre institutionnel de référence et l'espace de la régulation et de mise en œuvre des politiques de santé. C'est dans cette perspective que se situent essentiellement les enjeux de cohérence. Quatre thèmes étudiés (planification hospitalière, financement des soins, réduction des primes d'assurance-maladie et clause du besoin - gel des cabinets médicaux) renvoient directement à ce principe systémique. Les résultats principaux de l'analyse sont les suivants :

a) L'absence d'objectifs communs comme obstacle à la bonne gouvernance

- Planification hospitalière. Outre les principes généraux définis par la LAMal, rien ne contribue dans les faits à instaurer en Suisse une planification coordonnée, voire harmonisée, du domaine hospitalier. L'évolution historique des politiques cantonales sert de cadre de référence et sous-tend les processus de rationalisation et d'innovation. Les standards médicaux ne s'imposent pas. Ils sont opposés aux contingences de politique économique et régionale.
- Réduction des primes. L'analyse confirme l'absence d'objectif social déterminé et l'échec de plusieurs tentatives de clarification de la part du législateur fédéral. Les cantons utilisent pleinement leur marge de manœuvre pour définir tant la notion que les seuils caractérisant les assurés « économiquement modestes », générant de nombreuses disparités entre cantons.
- Clause du besoin – gel des cabinets médicaux. La diversité des situations cantonales rend la définition d'objectifs communs illusoire. Une approche uniforme sur l'ensemble du territoire ne fait d'ailleurs guère de sens. Cette politique fut d'ailleurs appliquée de manière très inégale.
- Financement des soins. Le cadre fixé par la LAMal accorde aux cantons une marge de manœuvre importante. Il peut cependant s'avérer contraignant, par exemple lors de l'introduction de tarifs-cadre, en 1998, ou par l'ordonnance sur le calcul des coûts. S'il n'y a pas d'objectifs quantifiés uniformes, les règles imposées contribuent à renforcer la cohérence des objectifs de transparence et de maîtrise des coûts.

b) De fortes disparités et inégalités dans l'allocation des ressources

- Planification hospitalière. Les situations hospitalières cantonales sont très disparates. Dans chaque canton, les processus de planification dépendent étroitement des situations et développements historiques de leur propre organisation sanitaire. Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, l'histoire et les particularismes locaux ou les positionnements politiques sous-tendent les modalités d'allocation des ressources. De plus, une concurrence sévit, qui se traduit par des conventions bilatérales établies entre établissements universitaires et cantons ou centres hospitaliers cantonaux ou régionaux.
- Réduction des primes. Si le système introduit avec la réforme de la péréquation financière RPT renforce la cohérence de la subvention fédérale, rien ne précise le niveau de la contribution cantonale. Ainsi, la plupart des cantons ne parviennent pas à adapter leur engagement à l'évolution de la prime moyenne, de l'indice du salaire nominal ou de l'indice des prix à la consommation, ce qui affaiblit dans le temps l'impact social effectif de la mesure. De plus, entre les cantons, les modalités de définition des revenus déterminant les seuils d'accès aux prestations diffèrent. Une harmonisation des pratiques serait judicieuse, car de véritables questions d'équité se posent.
- Clause du besoin. Sa mise en œuvre soudaine et urgente, sans concertation ni préparation, ne tient pas compte des réalités cantonales. Ainsi, la clause du besoin n'est utilisable que pour les cantons disposant de régions avec une offre globale excédentaire (Genève) et en partie lacunaire (Vaud, Berne, Neuchâtel). Par contre, la clause du besoin n'est pas utile aux cantons du Valais, du Jura, de Fribourg. Au Tessin, c'est un instrument restrictif et inefficace.

c) Les incohérences existent, malgré les diversités cantonales légitimes

- Planification hospitalière. Au-delà de sa dimension médicale incontournable, elle est totalement dépendante de son contexte : politique, culturel, régional, économique. Cet environnement « extra-sanitaire » influence tout autant, si ce n'est davantage les décisions de planification que les seules références et exigences médicales et techniques. Dès lors, la dimension rationnelle des processus de planification est fortement influencée et soumise aux contraintes relevant d'autres dimensions : émotionnelles, partisans, régionales, économiques.
- Réduction des primes. En termes de cohérence et d'équité, la suspension du remboursement des prestations intervenue en 2006 (art. 64a LAMal) est révélatrice d'un problème réel et relève

clairement de l'incohérence. Le non recours aux soins qu'elle induit contrevient au principe d'obligation d'assurance et d'accès aux soins en même temps qu'il affaiblit l'équité de la mesure.

- Clause du besoin. Décidée dans l'urgence et pensée comme une mesure limitée et exceptionnelle, il en résulte que les modalités d'élaboration des décisions, d'anticipation et de mise en œuvre constituent une incohérence fondamentale, problématique du point de vue de la gestion et du développement d'une politique publique.
- Financement des soins. Selon leur domicile, les citoyens jouissent certes des mêmes droits, mais de prestations différentes. L'offre de prestations (lits d'EMS, personnel de soins à domicile, subventions), leur prix (tarif des soins, prix de pension) ou les instruments de gouvernance (évaluation des soins, production statistique) varient clairement selon les cantons. Une question d'équité est clairement posée par l'étude du financement des soins.

d) Le fédéralisme suppose un cadre juridique commun

La marge de manœuvre accordée aux cantons empêche d'affirmer que le système suisse de santé est « incohérent ». Par contre, en raison de l'absence d'objectifs et de priorités politiques, de nomenclatures ou de terminologies uniformes, d'instruments de pilotages ou des données statistiques défectueux, de répartitions de compétences différentes entre cantons et communes et entre acteurs, le système suisse de santé apparaît sans unité. La concrétisation des exigences d'économicité, de qualité, d'efficacité ou d'efficience renvoie à la nécessité d'envisager pour le système de santé l'édiction d'un cadre juridique unique de référence, auquel seraient rattachées, de manière directe et cohérente, les législations cantonales.

2.2. Le marché des médicaments doit relever d'une politique nationale de santé

Le développement des diverses normes régissant le marché des médicaments est l'expression d'incohérences multiples résultant d'une absence de politique du médicament en Suisse. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, de nombreux changements touchent tant la question du prix des médicaments que les pratiques de prescription ou de remboursement. Cette succession d'aménagements répond à des impératifs politiques, qui touchent tantôt le fonctionnement du marché (dissolution de Sanphar, importations parallèles), tantôt l'évolution des coûts (droit de substitution, quote-part, génériques, réexamen du prix). Les revendications des acteurs politiques (comparaisons des prix), professionnels (rémunération du pharmacien) ou de l'industrie dictent le calendrier, sans vision d'ensemble, sans stratégie inscrite dans une véritable politique de la santé.

2.3. Libéralisme et régulation : un équilibre subtil et délicat

Le système de santé est ancré dans la dimension libérale des institutions politiques et de la mise en œuvre des politiques publiques. Dans tous domaines étudiés, cette conception systémique interfère sur la définition et l'organisation de l'offre de prestations et sur l'application des législations fédérales. Les relations public - privé en matière de planification hospitalière ; assureurs – cantons dans le cadre de la réduction des primes d'assurance-maladie ; cantons – médecins s'agissant de la démographie médicale ; cantons et communes – EMS et organisations d'aide et de soins à domicile ; ou Confédération – industrie pharmaceutique dans le marché des médicaments sont l'expression tangible de cette situation spécifique et des tensions qui en découlent dans une perspective de régulation imposée par la loi sur l'assurance-maladie. Cela explique pourquoi une infinité de problèmes et malentendus, minant la cohérence du système, émerge constamment en matière l'allocation des ressources.

2.4. La dimension éthique révélatrice des notions de justice et d'égalité de traitement

La définition des prestations devrait idéalement se baser sur des critères de justice. Dès lors, garantir à la population un accès aux soins appropriés suppose une structure de gouvernance adéquate et une égalité des chances pour tous les citoyens. Or, on observe que l'offre de prestations et les modalités d'allocation sont fort disparates entre les cantons. Les nombreuses inégalités interpellent et posent

donc problème, car elles s'opposent à une perspective générale de justice. Par ailleurs, en matière de planification hospitalière, de gel des cabinets ou de prix des médicaments, les décisions d'allocation devraient d'abord tenir compte de l'intérêt général et non des intérêts particuliers pour répondre à des exigences éthiques. L'étude montre que ce n'est pas le cas.

2.5. La géométrie des pouvoirs, un obstacle à une politique nationale de santé

Les relations entre les acteurs de la santé mettent en évidence des pouvoirs multiples, qui se conjuguent à géométries variables. Les quêtes de pouvoir traduisent des intérêts pluriels, publics ou particuliers, médicaux ou économiques, généraux ou individuels. Ainsi, la cohabitation entre la Confédération et les vingt-six autorités sanitaires cantonales est subtile. Faire coïncider les attentes des uns et des autres, alors que les compétences de gouvernance sont diluées, relève quasiment de la quadrature du cercle. Pourtant, les exigences de solidarité, d'égalité de traitement, de qualité, d'économicité, d'efficacité ou d'efficience supposent de nouveaux modes de décision pour renforcer la capacité des acteurs à trouver des accords. Car, dans la réalité, les convergences ne vont pas de soi et les tensions sont toujours latentes.

Table des matières

INTRODUCTION	9
1. LA RECHERCHE.....	9
2. CONTEXTE DE L'ALLOCATION DES RESSOURCES	10
3. COHERENCE ET ENJEUX ETHIQUES.....	12
4. CHAMP D'ANALYSE ET METHODE.....	13
5. REALISATION DE LA RECHERCHE.....	16
REMERCIEMENTS.....	16
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES - INTRODUCTION	17
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	18
CHAPITRE 1	19
ALLOCATION DES RESSOURCES, COHERENCE, ETHIQUE	19
1. CONTEXTE GENERAL	19
2. COHERENCE ET DIMENSION ETHIQUE.....	23
2.1. L'allocation des ressources.....	23
2.2. La cohérence du processus d'allocation	24
2.3. L'analyse éthique.....	27
3. REFERENCES ANALYTIQUES ET CONCEPTUELLES.....	29
3.1. Allocation des ressources	29
3.2. Acteurs et logiques de régulation.....	30
3.3. La cohérence d'une politique publique.....	32
3.3. Ethique fondamentale et appliquée	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	47
CHAPITRE 2	49
PLANIFICATION HOSPITALIERE	49
1. NOTION, PROCESSUS, METHODE	49
1.1. Repères historiques	50
1.2. Éléments méthodologiques	51
2. BASES LEGALES	52
2.1. Constitution et niveau fédéral	52
2.2. Bases légales cantonales.....	55
3. ÉLÉMENTS STATISTIQUES	58
3.1. Situation 2009	58
3.2. Evolutions 1997-2009	60
4. REPERES HISTORIQUES	70
4.1. Éléments généraux.....	70
4.2. Historique de la planification hospitalière : Berne.....	73
4.3. Historique de la planification hospitalière : Fribourg	75
4.4. Historique de la planification hospitalière : Tessin	78
4.5. Historique de la planification hospitalière : Vaud	80
4.6. Historique de la planification hospitalière : Valais	82
4.7. Historique de la planification hospitalière : Neuchâtel.....	85
4.8. Historique de la planification hospitalière : Genève	89
4.9. Historique de la planification hospitalière : Jura	91
5. LES ACTEURS	94
5.1. Acteurs poursuivant un intérêt public et prestataires de soins	95

5.2. Acteurs poursuivant un intérêt public et non prestataires de soins	95
5.3. Acteurs poursuivant un intérêt privé et prestataires de soins	96
5.4. Acteurs poursuivant un intérêt privé et non prestataires de soins	97
5.5. Acteurs et intérêts	98
6. CRITERES DE PLANIFICATION	103
7. PLACE DE L'EXPERTISE	104
8. DEMOCRATIE SANITAIRE	105
9. PROCESSUS TEMPOREL ET COHERENCE	109
10. COLLABORATIONS INTERCANTONALES	112
11. MEDECINE HAUTEMENT SPECIALISEE.....	114
11.1. La médecine hautement spécialisée en 2009	115
11.2. Repères historiques	116
11.3. De quelques constats.....	119
12. CONCLUSIONS	121
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	127
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	133
ANNEXE 1	134
ANNEXE 2 : BREF REGARD INTERNATIONAL.....	135
CHAPITRE 3	137
REDUCTION DES PRIMES	137
1. PRINCIPE ET APPLICATION DE LA REDUCTION DES PRIMES.....	137
1.1 Vingt-six systèmes cantonaux	137
1.2 Monitoring de la réduction des primes.....	140
1.3 Aspects méthodologiques.....	142
2. ENJEU DE COHERENCE ET DE SOLIDARITE	143
3. DEFINITION DE L'OBJECTIF SOCIAL : ENJEUX	145
3.1. Uniformisation au niveau fédéral	145
3.2. Application de la notion de « condition économique modeste ».....	148
3.3. Traduction de l'objectif de politique familiale par les cantons.....	150
3.4. Vers un objectif social défini ?	153
4. DETERMINATION DE L'ENVELOPPE FINANCIERE	154
4.1. Système de financement 1996 - 2007	154
4.2. Adéquation des moyens financiers (avant RPT)	155
4.3. Système de financement et RPT	158
4.4. Adéquation des moyens financiers.....	159
5. LES MODELES CANTONAUX DE REDUCTION DES PRIMES	161
5.1. Les modèles	161
5.2. Décisions relatives à l'organisation du système	162
6. CONTENTIEUX ET PARTICIPATION AUX COUTS	179
6.1. Mise en œuvre cantonale de l'art.64a LAMAal	180
6.2. Conséquences pour les assurés.....	182
7. CONCLUSIONS	184
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	187
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	191
ANNEXE 1	192
ANNEXE 2	193
ANNEXE 3	198
ANNEXE 4	201

CHAPITRE 4	203
CLAUSE DU BESOIN	203
1. INTRODUCTION.....	203
2. LA REGULATION DU SECTEUR AMBULATOIRE	204
2.1. Les coûts du système ambulatoire	204
2.2. Le secteur ambulatoire en Suisse	205
2.3. Régulation du secteur ambulatoire	210
2.4. Les principes de régulation	216
2.5. Perspective de recherche et méthode.....	218
3. DEFINITION DU PROBLEME PUBLIC : L'APPROVISIONNEMENT EN SOINS DANS LE SECTEUR AMBULATOIRE	220
3.1. Fournisseurs de prestations et hausse des coûts.....	220
3.2. Introduction de l'article 55a LAMal	220
3.3. Introduction de la clause du besoin (OLAF)	222
4. LEGISLATION ET PLAN D'ACTION	224
4.1. Législation fédérale	224
4.2. Législations cantonales	225
5. MISE EN ŒUVRE DE LA CLAUSE DU BESOIN	229
5.1. Procédures cantonales	229
5.2. Potentiels de régulation	234
6. ALTERNATIVES A LA CLAUSE DU BESOIN.....	239
7. CONCLUSIONS	240
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	245
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	251
ANNEXE 1	252
ANNEXE 2	253
ANNEXE 3	256
ANNEXE 4	257
CHAPITRE 5	261
FINANCEMENT DES SOINS	261
1. INTRODUCTION.....	261
1.1. Objets d'étude : EMS et Soins à domicile.....	262
1.2. Evolution des financements.....	264
1.3. Les trois phases législatives.....	265
1.4. Enjeux de cohérence du financement des soins.....	266
1.5. Analyse de la cohérence	267
2. LEGISLATIONS FEDERALE ET CANTONALES	268
2.1. La législation fédérale	268
2.2. Les législations cantonales	271
3. L'OFFRE DE SOINS DE LONGUE DUREE	273
3.1. Établissements médico-sociaux.....	274
3.2. Services d'aide et de soins à domicile.....	278
4. LE FINANCEMENT DES SOINS.....	282
4.1. Établissements médico-sociaux.....	282
4.2. Soins et soutiens à domicile.....	288
5. CONCLUSIONS	292
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	295
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	298
ANNEXE 1	299

CHAPITRE 6	301
LES MEDICAMENTS	301
1. INTRODUCTION.....	301
2. LES MARCHÉS DES MÉDICAMENTS.....	303
2.1. <i>Princeps</i>	304
2.2. <i>Génériques</i>	304
2.3. <i>Over-the-counter</i>	304
3. ÉLÉMENTS STATISTIQUES	305
3.1. <i>Coûts des médicaments</i>	305
3.2. <i>Emplois et valeur ajoutée</i>	307
4. ACTEURS.....	308
4.1. <i>Le patient - consommateur</i>	309
4.2. <i>L'industrie pharmaceutique</i>	309
4.3. <i>Les autorités étatiques</i>	310
4.4. <i>Le médecin</i>	310
4.5. <i>Le pharmacien</i>	311
5. L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DU MARCHÉ DES MÉDICAMENTS	311
6. COMPÉTENCES ET PRODUCTION LÉGISLATIVE	318
7. LA QUESTION DES GÉNÉRIQUES	320
7.1. <i>Définition et principe</i>	320
7.2. <i>Evolution de la législation sur les génériques</i>	320
7.3. <i>Evolution de la législation sur les génériques</i>	321
7.4. <i>Législation sur les génériques et rôle du pharmacien</i>	323
7.5. <i>Effets sous l'angle du patient - consommateur</i>	324
8. LES IMPORTATIONS PARALLÈLES	325
9. L'INNOVATION ET SON COÛT	327
10. LES ACTEURS ÉTATIQUES.....	329
11. CONCLUSIONS	331
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	334
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	338
ANNEXE 1	339
CHAPITRE 7	341
CONCLUSIONS GÉNÉRALES : ALLOCATION DES RESSOURCES ET COHÉRENCE DU SYSTÈME SUISSE DE SANTÉ	341
7.1. FEDERALISME	342
a) <i>Absence d'objectifs communs</i>	342
b) <i>Disparités dans l'allocation des ressources</i>	343
c) <i>Incohérences</i>	344
7.2. LIBÉRALISME ET RÉGULATION.....	346
7.3. ÉTHIQUE	347
7.4. LA GÉOMÉTRIE DES POUVOIRS	349
7.5. GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	350
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	356

Liste des abréviations

AIJ	Assemblée interjurassienne
ALCP	Accords sur la libre circulation des personnes
AMG	Association des médecins du canton de Genève
AMIG	Association des médecins d'institutions de Genève
AOS	Assurance obligatoire des soins (LAMal)
ASMAG	Association Suisse des médecins-assistant(e)s et chefs de clinique
ASMAV	Association suisse de médecins assistants et chefs de clinique, section Vaud
AVS	Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants
BE	Canton de Berne
BEKAG	Société de médecins du canton de Berne
CAMS	Concordat des assureurs-maladie suisses (devenu santésuisse)
CdC	Conférence des cantons
CDS	Conférence suisses des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CF	Conseil fédéral
CFM	Commission fédérale des médicaments
CGH	Centre de gestion hospitalière (Canton du Jura)
CHR	Centre hospitalier régional
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire vaudois
CHYC	Centre hospitalier Yverdon-Chamblon
CICCM	Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CMS	Centre médico-sociaux
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
Comco	Commission fédérale de la concurrence
CLASS	Conférence latine des Affaires Sanitaires et Sociales
CRASS	Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales (devenue CLASS)
CSLD	Commission des soins de longue durée du groupement romand de la santé publique
CSR	Centre de soins et de réadaptation
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociales et de la santé du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociales et de la santé du Conseil national
CSST	Conseil suisse de la Science et de la Technologie
Cst	Constitution fédérale
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DARES	Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé, Genève
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DGS	Direction générale de la santé, Genève
DMS	Durée moyenne de séjour
DRG	Diagnosis Related Groups
DSAS	Département de la santé et des affaires sociales
EHM	Etablissement hospitalier multisite (Canton de Neuchâtel)
eHnv	Etablissements hospitaliers du Nord vaudois
EMS	Etablissement médico-social
EOC	Ente Ospedaliero Cantonale
FMH	Fédération des médecins suisses
FR	Canton de Fribourg
GE	Canton de Genève
GHRV	Groupement des hôpitaux régionaux vaudois

GLAS	Groupement latin des assurances sociales
HFR	Hôpital fribourgeois
HNe	Hôpital neuchâtelois
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IDS	Institut du droit de la santé, Université de Neuchâtel
IEMS	Institut d'Economie et de Management de la santé, Université de Lausanne
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
JU	Canton du Jura
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accident
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (jusqu'au 31.12.1995)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (dès le 1.1.1996)
LAVs	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LBI	Loi fédérale sur les brevets
LHID	Loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs des cantons et des communes
LIFD	Loi fédérale sur l'impôt fédéral direct
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires
LPTTh	Loi sur les produits thérapeutiques
LS	Liste des spécialités LAMal
MHS	Médecine hautement spécialisée
MS	Régions MS = mobilité spatiale
NE	Canton de Neuchâtel
NOPS	Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie.
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OHM	Organisation de l'hôpital multisite (Canton du Jura)
OICM	Office intercantonal des médicaments (aujourd'hui Swissmedic)
OIT	Organisation Internationale du Travail
OLAF	Ordonnance sur la limitation des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de la LAMal
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie
ORPM	Ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie
OTC	Over the counter
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
PIB	Produit intérieur brut
RBP	Rémunération basée sur les prestations
RCC	Registre des codes créanciers de santé suisse
RESHO	Réseau de soins hospitaliers Saint-Loup, Orbe et Vallée de Joux
RHUSO	Réseau Hospitalo-universitaire de Suisse occidentale
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre Confédération et cantons
RSV	Réseau santé Valais
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, Berne

SSAD	Services d'aide et de soins à domicile
SASH	Service des assurances sociales et de l'hébergement du canton de Vaud
SD	Soins à domicile
SMV	Société médicale du Valais
SPITEX	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
SSPH	Société suisse des pharmaciens (devenu pharماسuisse)
SVM	Société vaudoise de médecine
TARMED	Le Tarif des prestations médicales
TI	Canton du Tessin
VD	Canton de Vaud
VIPS	Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse
VS	Canton du Valais

Introduction

1. La recherche

Le système de santé constitue un ensemble vaste et complexe de dispositions et compétences constitutionnelles et législatives, fédérales, cantonales et communales. Il associe à la fois les trois niveaux institutionnels que sont la Confédération, les cantons et les communes. Il intègre dans son fonctionnement et la mise en œuvre des législations des acteurs publics et privés, institutions, fournisseurs de prestations, associations professionnelles, lieux de formation, etc. Fédéralisme, subsidiarité et libéralisme caractérisent ce domaine et influencent clairement son fonctionnement et ses développements. Par son ampleur et sa diversité, le système de santé renvoie au quotidien de la population, qu'il s'agisse de son état de santé, de ses souffrances, mais aussi de ses activités et de ses intérêts, parfois contradictoires. Les politiques de santé sont dès lors confrontées à la difficulté de devoir répondre simultanément à des attentes personnelles et collectives avec, à la fois, des finalités de politique publique et des intérêts économiques privés, car le système suisse de santé se veut libéral avec un rapport très étroit au marché et aux règles de la concurrence, principe et particularité exprimés d'ailleurs dans la loi fédérale sur l'assurance maladie. Cela confère ainsi aux acteurs qui y participent une grande autonomie, qui accroît de toute évidence la complexité de ce champ d'étude. Entre dispensation des soins et gouvernance institutionnelle ou intérêts particuliers et personnels ou sociétaux, les enjeux qui sous-tendent tous les domaines constitutifs du système de santé se caractérisent par leur nombre élevé et leur acuité.

Les développements de la médecine et des systèmes de santé, en termes de gestion, d'administration, de pilotage, d'évaluation, etc., génèrent de très fortes attentes sous l'angle de l'efficacité, de l'économicité, de la qualité, répondant ainsi non seulement aux exigences de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, mais encore à celles, politiques, d'une allocation optimale des ressources publiques financées par l'impôt et collectives assumées par les assurés. Les enjeux liés à la pratique thérapeutique, à la recherche clinique, à la définition des politiques et des conditions de fonctionnement institutionnel ou de dispensation des soins, sont inhérents au fait que le système de santé et les acteurs qui le composent opèrent continuellement des choix. Ces choix et leurs conséquences sont au cœur du projet de recherche. Ils sont liés aux attentes de plus en plus grandes des acteurs politiques, sanitaires et démocratiques, de plus en plus préoccupés par la cohérence du système, mais aussi par la dimension éthique devant sous-tendre les innombrables décisions inhérentes au fonctionnement même du système de santé.

Pour appréhender ces questionnements et comprendre les mécanismes d'allocation des ressources, cinq champs spécifiques et caractéristiques du fonctionnement du système de santé ont été retenus comme objets d'étude. Cela en raison de leur importance, de leur complémentarité et de leur capacité à mettre en évidence la problématique centrale de la cohérence de l'allocation des ressources dans un cadre de référence fédéraliste. Ce sont : 1. La planification hospitalière ; 2. Le financement des soins ; 3. La réduction des primes d'assurance-maladie ; 4. La clause du besoin en matière de démographie

médicale ambulatoire ; 5. Les médicaments. Ces problématiques ont été étudiées dans les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud et mis en perspective de la loi fédérale sur l'assurance maladie LAMal.

La recherche se fonde sur l'hypothèse suivante. *La cohérence du système de santé suppose que les acteurs interagissent sur la base de valeurs et de références communes, articulées autour de représentations collectives partagées et structurées. Pour que les processus décisionnels en matière d'allocation des ressources soient cohérents et respectent des principes de justice, ils doivent être fondés sur des principes de référence, dont éthiques, implicites ou explicites.*

Concrètement, il s'agit :

1. De démontrer par quels acteurs, dans quels espaces décisionnels, selon quels processus et à l'aune de quels critères les choix d'allocation des ressources sont déterminés.
2. D'apprécier le degré de cohérence des décisions entre les différents acteurs, les différents niveaux institutionnels et la mise en œuvre des politiques sanitaires.
3. De comprendre comment la dimension éthique s'inscrit dans les processus et sous-tend les nombreuses décisions d'allocation des ressources de santé.

Objet d'étude en mouvement

En plus d'être vaste et complexe, le domaine de la santé et les politiques publiques qui s'y réfèrent s'inscrivent dans un ensemble en perpétuel mouvement, aux processus de décision sans cesse en cours, qu'ils soient de niveau fédéral ou cantonal. Ainsi, concrètement, durant la réalisation de la recherche, de nombreux changements sont intervenus, qui influencent avec plus ou moins d'impact le déroulement des travaux et les conclusions qu'on peut en tirer.

Quelques illustrations. Dans plusieurs cantons, les planifications hospitalières sont l'objet d'intenses discussions et décisions politiques, dont les processus ne sont pas achevés. Dans la mesure du possible, les derniers développements sont mentionnés, parfois sans approfondissement. La clause du besoin (gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux), introduite en 2002, a pris fin en décembre 2011 après plusieurs prolongations. Le financement des soins voit sa dernière réforme importante entrer en vigueur en 2011. Le prix des médicaments est soumis à une nouvelle ordonnance entrée en vigueur au 1^{er} mai 2012. On le voit, loin d'être figé, l'objet d'étude doit être compris dans un temps clairement déterminé. Celui de l'analyse approfondie des domaines sous revue ne s'étend donc pas au-delà du milieu de l'année 2011. Seuls quelques éléments ou mentions font référence à la période allant de mi-2011 à mi-2012. Ceux-ci ne constituent pas le corpus de l'analyse.

2. Contexte de l'allocation des ressources

En Suisse, le système de santé se compose principalement de toutes les mesures mises en œuvre pour dispenser à la population des prestations de soins, telles que définies dans la législation fédérale sur l'assurance maladie LAMal, à son article 25, à savoir : les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical ; les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien ; les cures balnéaires prescrites par un médecin ; les mesures de réadaptation effectuées

ou prescrites par un médecin ; le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune ; le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance ; les transports médicalement nécessaires et les sauvetages ; les prestations des pharmaciens. A cette législation fédérale s'ajoutent, en regard du fédéralisme prévalant en matière de santé publique, toutes les législations cantonales spécifiques. Et puis, en plus de cette dimension sociale, le système de santé renvoie à un pan d'activités économiques privées (institutions de soins, industrie, professions libérales indépendantes). Celles-ci ne feront pas partie de notre étude, ou alors de manière indirecte, notamment lorsque les deux segments de ces activités ne sont pas toujours clairement dissociables. Enfin, d'autres domaines sont partie intégrante de la politique de santé et ne seront pas traités dans la recherche. Ce sont, par exemple, les questions de prévention, de formation, d'hygiène publique, de contrôle des denrées alimentaires, de lutte contre les épidémies, etc.

Par sa diversité et son ampleur, par les enjeux qui le sous-tendent, le système de santé, sous l'angle principalement des soins et de leur financement dans cette étude, s'inscrit au centre de plusieurs espaces de tensions provoqués par :

- les attentes quasi « infinies » des individus en matière de soins et d'offre de prestations, alors que les ressources disponibles, publiques et collectives, sont limitées ;
- la dimension sociale et de politique publique des soins dans un environnement où sévissent de multiples intérêts économiques particuliers ;
- les mécanismes de régulation auxquels s'opposent les velléités d'une « privatisation » accrue du système et de renforcement des règles de la concurrence et du marché ;
- l'exigence pour les uns de davantage de solidarité et celle pour les autres d'une plus grande responsabilité individuelle ;
- l'intégration des développements technologiques et les conséquences en termes de coûts et de gains effectifs pour l'état de santé de la population ;
- la rationalisation du système de santé et le rationnement des soins.

Ces tensions découlent et sont l'expression de trois dimensions : la fédéralisme, qui caractérise l'organisation et le fonctionnement institutionnels de la Suisse ; le marché, par le principe de concurrence, ancré dans la loi sur l'assurance maladie ; les niveaux d'allocation des ressources, qui concernent simultanément les autorités politiques, les institutions et les soignants. Par conséquent, dans ce contexte, l'allocation des ressources (financières, humaines, d'infrastructures et technologiques) constitue un élément essentiel de la définition, de la gestion, de l'administration et de l'évaluation des politiques sanitaires. Elle appelle des choix, qui s'inscrivent au cœur de ces faisceaux de « tensions », qui « obligent à repenser des notions fondamentales comme le droit à la santé, la sécurité, la justice », qui obligent aussi « à nous interroger sur les dimensions éthiques de l'allocation des ressources » (Grimaud et al., 2006, pp. 10-11).

Or, le concept même « d'allocation des ressources » pose problème. Il est difficile à cerner, complexe dans sa délimitation et son interprétation. C'est qu'on ne saurait restreindre son acception à une seule dimension de type financier. Utilisé dans une acception plurielle par les acteurs (économiste, juriste, politicien, sociologue, mais aussi médecin, infirmier, administrateur d'assurances sociales, etc.), il ne débouche ni sur une compréhension cohérente, encore moins sur une application uniforme et objectivée. Il varie au gré de la « discipline » spécifique et du positionnement de celui qui s'exprime. La convergence des points de vue ne va pas de soi, qui permettrait une définition claire de « l'allocation

des ressources ». Dès lors, le risque de voir un tel discours déboucher soit sur une querelle terminologique et théorique, soit sur des conséquences inadéquates et peu efficaces pour le système de santé et les bénéficiaires est réel. D'où la nécessité de comprendre, dans les faits, ce qu'est et comment se définit et s'applique l'allocation des ressources. Cette question s'avère fondamentale pour appréhender de manière rigoureuse les développements futurs du système suisse de santé et les enjeux humains, technologiques, sociaux, économiques ou éthiques qui y sont inhérents.

3. Cohérence et enjeux éthiques

Pour l'Organisation mondiale de la santé (2000, 2001, 2007), l'allocation des ressources renvoie à la cohésion des processus de décision et à la mise en œuvre des politiques sanitaires s'agissant de : la nécessité de procéder à une définition claire des objectifs et des priorités du contenu de l'enveloppe des prestations ; l'évaluation des systèmes en fonction des ressources disponibles et de l'efficacité de leur utilisation pour obtenir le meilleur rapport coût / efficacité ; l'acceptabilité des différents acteurs quant à la définition des priorités et des moyens ; la cohérence dans les différents processus d'allocation entre les acteurs : autorités politiques et administratives, institutions et structures, interventions. Pour l'OMS, la performance d'une organisation dépend de la cohérence des incitations internes, par exemple en matière d'étendue des pouvoirs de décision (autorités, institutions, etc.), de degré de responsabilité, des responsabilités financières.

En ce sens, la gouvernance fédéraliste du système suisse de santé est délicate. Certes, la décentralisation cantonale comporte des avantages, dont celui indéniable de la proximité. Cependant, la cohabitation de 26 systèmes de santé et d'une législation fédérale s'avère de problématique. Les responsabilités sont diluées, le pilotage est difficile à structurer et à conduire. Comme le relèvent depuis un certain nombre d'années différents auteurs, manque de vision d'ensemble, maîtrise insuffisante des flux financiers, zones obscures innombrables, inégalités de traitement des citoyens-assurés, incapacité de l'autorité de décider en connaissance de cause, décisions contradictoires, lenteur des réformes, concertation et coordination insuffisantes, harmonisations rares, sont susceptibles de nuire à l'efficacité et à l'utilisation optimale des ressources (Kocher, 2005, Chiappori et Gollier, 2006, Crivelli, Filippini et Mosca, 2006, Crivelli et Domenighetti, 2003, Crivelli et Filippini, 2003, Dafflon, 2002, Vatter et Ruffli, 2003, Widmer, Beck, Boos et al., 2007).

Le fédéralisme sanitaire sera donc très certainement amené à évoluer et à être repensé, ce qui suppose au préalable une objectivation de la réalité et des analyses rigoureuses. Décision, gestion, administration et pilotage sont-ils mis en œuvre selon des critères explicites et de manière cohérente ? Quelle est la place de la discussion éthique dans cette perspective ? La compréhension et l'évaluation de la cohérence des pratiques distributives de ressources dans des champs hétérogènes (comme dans le système de santé) s'imposent plus que jamais aux autorités et aux différents acteurs concernés, car les conséquences de ces choix, collectifs ou individuels, provoquent des effets distributifs importants. La recherche analyse ces processus d'allocation et leur cohérence, de la décision à la mise en œuvre des soins et prestations, et cela entre les trois niveaux décisionnels majeurs (système de référence – macro ; mise en œuvre et institutions – méso et micro).

De plus, pour apprécier l'« équilibre allocatif » en terme de cohérence, nous tenterons de déceler si des mécanismes de « transfert » éthique sont institués, appliqués par les différents acteurs, au-delà des contingences découlant des normes de qualité et d'économicité. Les enjeux éthiques peuvent se repérer au moins à trois niveaux principaux (Rochon, 2006) : la répartition des services de santé, les choix des

professionnels de soin, le développement des connaissances et des technologies. Inclure la dimension éthique dans l'approche de la cohérence des processus de décision est une perspective importante et novatrice, quand bien même elle n'est pas aisée ! Elle permet de cerner la rationalité des valeurs sous-tendant les choix allocatifs. Cela est d'autant plus important qu'au sein de nombreux pays parmi les plus riches de l'OCDE, le bilan de santé du système des soins n'est pas rassurant. L'allocation se pose donc avec une grande acuité dans un contexte de rationalisation de ressources limitées. De nombreux auteurs l'ont démontré (Blais, 2003, Cobbaut et Boitte, 2003, Grimaud, St-Jean et Contandriopoulos, 2006, Daniels et Sabin, 2002). Gress, Niebuhr, Rothgang et al. (2005) mettent d'ailleurs en exergue le fait qu'en Suisse la transparence des procédures d'allocation des ressources est pratiquement inexistante. D'où l'idée d'y voir plus clair.

4. Champ d'analyse et méthode

Pour répondre à l'hypothèse de recherche, dans un champ aussi vaste que celui de la santé, cinq thèmes spécifiques d'analyse ont été privilégiés :

1. La planification hospitalière
2. Le financement des soins
3. La réduction des primes d'assurance-maladie
4. La clause du besoin en matière de démographie médicale ambulatoire
5. Les médicaments

La démarche méthodologique retenue associe, d'une part, une analyse monographique et, d'autre part, des entretiens ciblés et approfondis, pour tous les thèmes traités.

L'analyse monographique

Trois axes structurent l'élaboration des monographies : la description de l'objet, de son contenu et des enjeux allocatifs ; la description du processus de décision, du rôle et de la position des acteurs : la chronologie du processus, propositions envisagées, expertises, etc. ; le contenu de la décision et les arguments la légitimant. L'analyse des données est réalisée à partir de trois points de vue : la cohérence du processus, la dimension éthique, la comparaison. Sur le fond, les cinq thèmes affichent la plus grande variance possible par rapport aux critères de sélection, en lien étroit avec leurs apports en termes de connaissances. Chacun se fonde sur une analyse documentaire approfondie : documents officiels, littérature grise, procès-verbaux, rapports de commissions, débats parlementaires, prises de positions officielles des acteurs. Ainsi, l'analyse monographique permet de répondre aux quatre objectifs principaux ambitionnés :

1. Les critères d'allocation des ressources retenus et appliqués.
2. La cohérence des processus, respectivement la mise en évidence des incohérences, voire des contradictions.
3. L'existence et le contenu de la dimension de transfert éthique.
4. La comparaison entre les pratiques cantonales.

L'analyse monographique est conséquente. En l'absence de moyens très importants, elle ne saurait embrasser simultanément les 26 cantons et demi-cantons qui composent le système suisse de santé. En fonction des moyens disponibles et de l'appréciation de la faisabilité de l'étude, l'analyse se limite aux

huit cantons « latins » : Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud. Cet échantillon se caractérise par une grande diversité et de nombreuses complémentarités.

Ainsi :

- Quatre cantons exclusivement romands, un canton italoophone et trois cantons bilingues (BE, FR, VS), représentent la pluralité culturelle et linguistique du pays, mais aussi géographique de la Suisse.
- Trois cantons disposent d'un hôpital universitaire (BE, GE, VD) dans des régions différentes : Suisse romande et alémanique, canton – ville, cantons avec centre et périphérie.
- Une représentativité régionale. L'OBSAN répertorie 6 types de région : Centre avec Hôpital Universitaire ; Région métropolitaine ; Agglomération tertiaire ; Région industrielle ; Région touristique ; Région rurale. Ces types figurent dans l'échantillon de cantons. Selon l'OBSAN, les trois premiers types de régions peuvent être considérés comme des régions urbaines et les trois dernières catégories plutôt comme des régions périphériques.

Tableau 0.1 : Cantons et types de régions selon l'OBSAN

	BE	FR	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Centre avec Hôpital Universitaire	X			X			X	
Région métropolitaine	X		X	X				
Agglomération tertiaire	X	X	X		X	X		
Région industrielle	X	X		X		X		X
Région touristique	X				X			
Région rurale	X	X	X	X		X		

En regard de la typologie de l'OBSAN, les cantons de Berne et Vaud se caractérisent par la coexistence de la totalité ou de la quasi-totalité des spécifications. Les cantons de Fribourg, Tessin, Valais, Neuchâtel se situent plutôt dans une situation partagée, qui comprend une composante périphérique complétée par une agglomération tertiaire, le chef-lieu du canton. Le Tessin se distingue des trois autres par l'existence d'une région métropolitaine liée à la proximité de Milan. Enfin, le canton de Genève est purement urbain, alors que le canton du Jura est entièrement considéré comme région industrielle. Cette pluralité est intéressante, car de cette diversité implique des enjeux particuliers pour les autorités. Toutefois, l'analyse montrera que la catégorisation de l'OBSAN doit être considérée avec certaines réserves. Au-delà de la typologie, l'impact central sur la définition des politiques de santé réside d'abord dans les options politiques retenues bien plus que dans les caractéristiques des territoires de référence. Ainsi, par exemple, en regard des politiques de santé étudiées, l'impact de la région métropolitaine de Milan sur la politique sanitaire du canton du Tessin est quasi nul.

Les références temporelles utilisées pour l'analyse monographique sont plurielles. Elles ne sont par ailleurs pas forcément correspondantes, ni pour les champs étudiés, ni pour les niveaux d'analyse. En effet, le positionnement dans le temps dépend strictement de l'évolution des références législatives. La loi fédérale sur l'assurance maladie LAMal (1994) est entrée en vigueur en 1996. Elle est ensuite caractérisée par des révisions partielles et successives, pour les champs concernés par la recherche, à partir de 2004 et jusqu'à ce jour (par exemple, dernière date d'entrée en vigueur : 1.1.2012 pour la révision du financement hospitalier). Cette situation et les conséquences qui en résultent sur l'application de la loi pour les cinq champs d'analyse sont donc prises en considération dans la recherche. De plus, pour le domaine de la planification hospitalière, la recherche élargit son champ temporel jusqu'au début des années 1960.

Tableau 0.2 : Plages temps prises en considération pour les thématiques étudiées

Thématiques	Période – temps prise en considération
1. Planification hospitalière	A partir des années 1960, selon les processus de planification hospitalière des cantons, jusqu'à l'application LAMal 2012
2. Financement des soins	A partir de l'introduction de la LAMal, 1996
3. Réduction des primes	A partir de l'introduction de la LAMal, 1996
4. Clause du besoin	A partir du moratoire fédéral, dès 2000
5. Médicaments	A partir de l'introduction de la LAMal, 1996

L'analyse par entretien

En complément de l'analyse monographique, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec tous les acteurs des champs et niveaux d'analyse concernés par l'allocation des ressources. Les entretiens s'inscrivent dans une double perspective : clarifier et approfondir les analyses monographiques ; élaborer des perspectives et pistes de changement et d'innovation. Ils ont été mis sur pied avec les principaux protagonistes du processus décisionnel pour apprécier la cohérence des processus, les dimensions éthiques. Le contenu des entretiens a été défini sur la base des analyses monographiques. La structure d'entretien était en principe identique pour tous les acteurs. La portée des entretiens se veut d'abord qualitative. Par ailleurs, pour les thématiques de la réduction des primes et du financement des soins, par souci de précision, des questionnaires ont été conçus et envoyés aux responsables fédéraux et/ou cantonaux.

Tableau 0.3 : Milieux interrogés par thématique (entretien ou questionnaire)

Thématiques	Entretiens/questionnaires
1. Réduction des primes	- Tous les responsables cantonaux chargés de la mise en œuvre
2. Clause du besoin	- Office fédéral de la santé publique - Fédération des médecins suisses - Ancienne Conseillère fédérale - ASMAC - Tous les responsables cantonaux chargés de la mise en œuvre - Association des médecins du canton de Genève - Société vaudoise de médecine - Association des médecins d'institutions de Genève - Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique – VD
3. Planification hospitalière	- Responsables cantonaux de la mise en œuvre (VS, BE, JU) - Ancien chef de service de santé publique (VD) - Anciens Conseillers d'Etat (FR, VS) - Conférence des affaires sanitaires CDS
4. Financement des soins	- Tous les responsables cantonaux chargés de la mise en œuvre - Santésuisse
5. Médicaments	- PharmaSuisse - Pharmacien cantonal, Genève - Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse - Membre de la commission fédérale des médicaments - Intergenerika - Sanofi-Aventis - Surveillant des prix - Experts (Professeurs HETS&Sa-EESP et IEMS-UniL)

5. Réalisation de la recherche

La recherche s'est déroulée de novembre 2009 à décembre 2011, le rapport final ayant été terminé début juillet 2012. Elle a été dirigée par le Prof. Stéphane Rossini (Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne, et Université de Genève), requérant principal, en collaboration avec le Prof. Riccardo Crivelli (Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana, SUPSI et Université de Genève), co-requérant, et la Dr. Iva Bolgiani (Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità et Université de Genève), co-requérante. Elle a été conduite avec les collaborations scientifiques des chargé.e.s de recherche suivant.e.s : Anne Clausen (Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne), Daniel Prélaz (Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne) et Francesca Scalici (Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana, SUPSI).

Dans sa phase préparatoire, le Prof. Frédéric Varone (Université de Genève), de même que Valérie Legrand-Germanier (alors assistante, Université de Genève) et André-B. Fischer (alors assistant, Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne) ont également été associés à la démarche (orientation et design de recherche, travaux bibliographiques préliminaires).

Remerciements

Une telle recherche n'aurait pas été possible sans la précieuse collaboration des acteurs concernés par cet objet d'étude, qui ont tous contribué à sa réalisation, tant par la mise à disposition d'une abondante documentation, que par leur disponibilité à répondre à nos multiples questionnements et sollicitations à des relectures et autres entretiens. Que les responsables politiques (actuels et anciens) et administratifs et les collaborateur.trice.s des huit cantons étudiés (Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais, Vaud), de l'administration fédérale (OFSP, Surveillant des prix), de la conférence des affaires sanitaires (CDS) et des différentes associations professionnelles et de branches (FMH, santésuisse, PharmaSuisse, Spitex, Curraviva) qui nous ont apporté leur soutien soient ici sincèrement remerciés.

Nos remerciements s'adressent également au Fonds national de la recherche scientifique, qui a octroyé les moyens financiers nécessaires à la réalisation de l'étude.

Références bibliographiques - Introduction

Blais F. (2003), Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire? Pourquoi est-ce si difficile? *Ethique publique*, 5 (1), pp.6-15.

Cobbaut J.-F., Boitte P. (2003), Pour une éthique de l'allocation des ressources en santé : les enjeux de l'accès aux soins. *Ethique publique*, 5 (1), pp.16-24.

Crivelli, L., Domenighetti, G. (2003a), Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 43(3), pp. 397-426.

Crivelli, L., Filippini, M. (2003b), Il federalismo nel settore sanitario, in Ghiringhelli, A. (a cura di). *Il Ticino e la Svizzera*. Locarno : Dadò, pp. 353-379.

Crivelli, L., Filippini, M., Mosca, I. (2006), Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Economics*,15, pp.535-541.

Dafflon, B. (2002), Fédéralisme et sécurité sociale en Suisse: le cas de l'assurance maladie, in Cattoir, De Bruycker, Dumont, Tulkens, Witte (eds.), *Autonomie, solidarité et coopération. Quelques enjeux du fédéralisme belge*. Bruxelles : Editions Larcier, pp. 175-209.

Daniels N., Sabin J. (2002), *Setting Limits Fairly. Can We Learn To Share Medical Resources?* New York : Oxford University Press.

Gress S., Niebuhr D., Rothgang H., Wasem J. (2005), Criteria and procedures for determining benefit packages in health care: A comparative perspective. *Health Policy*, 73 (1), pp. 78-91.

Grimaud M-A., Jean M-S., Contandriopoulos A-P. (2006), Allocations des ressources en santé : une problématique complexe. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. Montréal, 11 (1), pp.10-14.

Kocher G., Oggier W. (2005), *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*. Berne : Verlag Hans Huber.

Organisation mondiale de la santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la santé (2001), *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la santé (2007), *Rapport sur la santé dans le monde 2007 - Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXIe siècle*. Genève : OMS.

Rochon J. (2006), Enjeux éthiques et décisions politiques, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. Montréal, 11(1).

Vatter, A., Rütli, C. (2003), Do political factors matter for health care expenditures? A comparative study of Swiss cantons. *Journal of Public Policy*, 23(3), pp.301-323.

Widmer W., Beck K., Boos L., Steinmann L., Zehnder R. (2007), *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen*. Zürich : Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 0.1 : Cantons et types de régions selon l'OBSAN	14
Tableau 0.2 : Plages temps prises en considération pour les thématiques étudiées	15
Tableau 0.3 : Milieux interrogés par thématique (entretien ou questionnaire)	15

Chapitre 1

Allocation des ressources, cohérence, éthique

1. Contexte général

L'objectif de tout système de santé est le maintien et l'amélioration de la santé d'une population. Selon l'Organisation mondiale de la santé OMS, la santé doit être comprise comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Les droits et responsabilités en matière de santé y sont également définis. « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale (...). Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ». Ces responsabilités sont assumées grâce aux *systèmes de santé* mis en place par les gouvernements. L'OMS définit un système de santé comme « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle » (OMS, 2000).

Ainsi, au cœur de tout système de santé, dans l'esprit de politique publique et selon les principes de la sécurité sociale, se trouve l'exigence fondamentale de l'accès universel à des soins de qualité. Cette exigence est d'ailleurs reconnue par la Déclaration universelle de Philadelphie de 1944, qui affirme plus généralement le droit universel à la sécurité sociale. Partant, les Etats doivent garantir à leur population des soins complets et protéger la santé des travailleurs, de l'enfance ou encore de la maternité. La déclaration des droits de l'Homme de 1948 confirme ce droit à la sécurité sociale pour tous, de même que la convention de l'Organisation internationale du travail de 1952 (norme OIT 102), qui inscrit les soins médicaux et les indemnités en cas de maladie dans la définition des neuf éventualités de la sécurité sociale.

Depuis la fin de la seconde Guerre mondiale, les pays occidentaux ont réformé leurs systèmes de santé notamment dans une perspective de renforcement de l'accès aux soins et de leur qualité. En Europe, des pays comme la Grande-Bretagne ou les pays scandinaves ont instauré des systèmes nationaux de santé qualifiés par la littérature de « systèmes beveridgiens ». Dans ce type de système, l'entier de la population accède librement à une très large palette de soins, financés par l'impôt. D'autres pays, comme l'Allemagne ou la France, ont développé des assurances-maladie sociales, dans un modèle dit « bismarckien », qui repose sur une assurance obligatoire pour toute ou partie de la population, assurance contractée auprès d'une caisse-maladie publique ou privée, avec surveillance de l'Etat. Seuls les soins définis dans un catalogue de prestations sont remboursés et le financement est assuré par les cotisations des assurés en fonction de leur revenu. Enfin, des systèmes « mixtes » s'inspirant des services nationaux de santé et des assurances ont été mis en place par certains pays d'Europe du Sud.

Ces différents modèles positionnent l'État, en tant qu'acteur principal du système de santé, comme le garant de son bon fonctionnement. L'action étatique tend vers les objectifs fixés par l'OMS, à savoir : améliorer l'état de santé de la population, garantir l'égalité de traitement, répondre aux besoins de la population et utiliser de manière équitable et efficiente les ressources disponibles (OMS, 2000).

En Suisse, la Constitution fédérale contient plusieurs articles qui concernent le domaine de la santé et des soins. L'article 41 al.1 lettre b stipule que « 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 ». Selon l'alinéa 2, la Confédération et les cantons s'engagent à ce que « toute personne soit assurée contre les conséquences économiques de l'âge, de l'invalidité, de la maladie, de l'accident, du chômage, de la maternité, de la condition d'orphelin et du veuvage ». En outre, les cantons ont le mandat de garantie de l'approvisionnement en soins de la population.

Pour mettre en œuvre ce mandat constitutionnel, la Suisse – à savoir la Confédération, les cantons et les communes – a développé un système de santé qualifié de mixte, au sens où il se compose d'un ensemble d'acteurs composé des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations, des assurances sociales (maladie, accident, invalidité) et privées, où les assureurs sociaux disposent d'un statut juridique privé et agissent dans un système libéral favorisant la concurrence entre les différents partenaires. Le système de santé suisse ne repose pas sur une législation nationale de santé publique. Il dépend d'une pluralité de lois fédérales et cantonales. Toutefois, s'agissant des soins et de leur financement, une loi prédomine : la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), adoptée en 1994 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Cette législation a pour but essentiel de renforcer la solidarité, notamment par l'introduction du principe d'obligation d'assurance, qui n'était pas contenue dans la législation précédente, la LAMA adoptée le 13 juin 1911, et l'extension du catalogue des prestations, comme le relève le message du Conseil fédéral (1991, p.79). L'autre objectif concerne l'introduction de mesures en faveur de la maîtrise des coûts (choix de formes particulières d'assurance, planification hospitalière, etc.).

La définition et la poursuite de ces objectifs induisent une multitude de décisions d'allocation de ressources prises par les différents acteurs du système, du niveau politique (grandes orientations du système, etc.) aux institutions et services de santé (règles de gestion et d'administration, etc.) ou au chevet du patient (dispense de la prestation de soins, etc.). A ces différents niveaux, la conciliation des objectifs de solidarité, d'expansion du catalogue des prestations et de maîtrise des coûts peut se révéler particulièrement délicate, tant ces objectifs sont de nature diverse, voire contradictoire.

L'enjeu est d'autant plus grand et politiquement sensible que la pression de la hausse continue des coûts de la santé sur les décisions des acteurs est forte et constante. En 2008¹, les coûts du système de santé s'élèvent en Suisse à 58,5 milliards de francs, ce qui représente une hausse de 5,9% par rapport à 2007 (OFS, 2011). La part des coûts de la santé au PIB a progressé de 8,1% à 10,7% entre 1990 et 2008. Ces coûts représentent par conséquent une plus grande charge pour les agents financeurs (Etat, entreprises et ménages privés, pour les principaux).

¹ Les résultats détaillés pour l'année 2008 ont été publiés par l'OFS en mars 2011. Nous avons préféré retenir les chiffres définitifs de 2008 plutôt que ceux provisoires de 2009.

La hausse moyenne observée entre 2003 et 2008 s'élève à 4%. En 2008, la part des soins en milieu hospitalier (coûts selon les prestations) représente 45,2% des coûts totaux (26,5 milliards) contre 31,6% pour le secteur ambulatoire (18,5 milliards). Entre 2003 et 2008, la hausse a été plus marquée pour le secteur ambulatoire (+4,8%) que pour le secteur hospitalier (+2,7%). Dans le même temps, les prestations du secteur ambulatoire des hôpitaux ont augmenté de 7,9% par an. Ce dernier chiffre reflète un déplacement des soins, du milieu hospitalier stationnaire au secteur ambulatoire de l'hôpital. Le tableau ci-dessous rapporte les coûts de la santé selon le type de prestations en comparaison pour les années 2003 et 2008.

Tableau 1.1 : Coûts du système de santé selon les prestations, millions frs, 2003 et 2008 (OFS, 2011)

Prestations	2003	2008	2008 en % du total	Variation annuelle moyenne 2003- 2008
Total	49'265.2	58'453.3	100.0%	3.5%
Soins en milieu hospitalier	23'242.4	26'500.7	45.2%	2.7%
Soins ambulatoires	14'647.2	18'519.3	31.6%	4.8%
<i>Soins des médecins</i>	<i>6'743.5</i>	<i>8'298.4</i>	<i>14.2%</i>	<i>4.2%</i>
<i>Soins ambulatoires des hôpitaux</i>	<i>2'844.7</i>	<i>4'170.0</i>	<i>7.1%</i>	<i>7.9%</i>
<i>Soins dentaires</i>	<i>3'080.3</i>	<i>3'654.6</i>	<i>6.3%</i>	<i>3.5%</i>
<i>Physiothérapie</i>	<i>625.9</i>	<i>729.8</i>	<i>1.2%</i>	<i>3.1%</i>
<i>Psychothérapie</i>	<i>165.3</i>	<i>201.4</i>	<i>0.3%</i>	<i>4.0%</i>
<i>Soins à domicile</i>	<i>1'031.2</i>	<i>1'274.7</i>	<i>2.2%</i>	<i>4.3%</i>
<i>Autres prestations paramédicales</i>	<i>156.3</i>	<i>190.4</i>	<i>0.3%</i>	<i>4.0%</i>
Services auxiliaires	1'546.5	2'001.4	3.5%	5.3%
Vente de biens et de santé	6'306.7	7'063.3	12.2%	2.3%
Prévention	1'122.8	1'444.9	2.4%	5.2%
Administration	2'399.6	2'923.7	5.1%	4.0%

Sources : OFS (2011). Coût et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente.

Les causes de cette augmentation des coûts sont diverses. L'Office fédéral de la statistique (Vuilleumier et al., 2007) a étudié les différents déterminants de la croissance des coûts de la santé selon une approche reposant sur l'équation suivante : les coûts totaux du système de santé correspondent au produit du nombre de patients par le volume moyen des prestations par patient et le coût unitaire des prestations de soins. Parmi les facteurs influençant le nombre de patients, les auteurs relèvent l'augmentation de la population et de son âge moyen, qui induit une plus forte consommation de soins. L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité suscite de nombreuses discussions concernant l'impact sur les coûts de la santé car elle dépend de l'état de santé dans lequel les personnes vivent durant les années gagnées. Selon les approches, l'augmentation de l'espérance de vie peut être couplée à une compression de la morbidité (diminution des années avec problèmes de santé) ou générer un décalage dans le temps, voire générer une augmentation de la morbidité induisant une hausse des coûts.

Les facteurs influençant le volume de soins par patient est central dans le contexte des systèmes de santé européens. Aux Etats-Unis, la concurrence du marché de la santé basée sur la liberté des fournisseurs de prestations de fixer les prix est la principale cause de l'augmentation des prix. Par contre, dans les systèmes de santé européens où les prix des prestations sont régulés, l'augmentation du volume des prestations est un facteur important expliquant la hausse des coûts. Elle peut résulter de l'évolution des attentes des patients (diminution de la tolérance à la douleur, effets du marketing des laboratoires et des producteurs d'appareils médicaux, etc.), des progrès technologiques, de

l'abaissement du seuil pathologique (considérer des états pathologiques ou des symptômes non pris en compte précédemment) ou encore de l'évolution des comportements des prestataires de soins (consommation induite) (Vuilleumier et al., 2007, p.11). Enfin, le coût unitaire des prestations est influencé par le coût du travail, dans un secteur où la productivité ne peut pas s'améliorer perpétuellement, ou encore par les coûts des améliorations techniques (nouveaux appareils, nouveaux médicaments plus chers, etc.).

Ainsi, les deux problématiques que sont les coûts et la qualité du système de santé questionnent les notions d'efficacité et d'efficience. L'enjeu d'une politique de santé publique consiste dès lors notamment à réduire les coûts tout en maintenant la qualité des prestations et l'égalité de l'accès aux soins. Pour relever ces défis le système de santé suisse est l'objet, depuis une vingtaine d'années, de profondes réformes législatives, structurelles ou organisationnelles. Après l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal, en 1996, une première révision, comportant essentiellement des ajustements techniques, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001. Une seconde révision est élaborée par le Parlement, mais échouera devant le Conseil national, le 17 décembre 2003. Le 26 mai 2004, le Conseil fédéral proposera un projet de réformes sectorielles, constitué de plusieurs « paquets législatifs »². Cette réforme entend optimiser le système pour atteindre les objectifs énoncés dans la LAMal. En effet, de 1996 à 2000, 25 études sur les effets de la LAMal ont été menées. Elles ont montré que si la LAMal a apporté des améliorations significatives au niveau de la solidarité (obligation d'assurance, réduction des primes pour les assurés économiquement modestes), elle n'a pas permis de maîtriser suffisamment les coûts. Dans le même temps, deux débats populaires référendaires ont occupé le devant de la scène politique : une initiative demandant l'introduction d'une caisse maladie unique et sociale et un contre-projet à l'initiative populaire « Pour une baisse des primes d'assurance-maladie », dite aussi « Pour la privatisation du système de santé ». Quand bien même ces propositions ont échoué devant le peuple, « ces votations populaires et surtout les débats parlementaires qui les ont précédés ont mis en exergue deux visions opposées de la politique de la santé : une approche régulée et sociale, une autre privilégiant les principes de marché » (Rossini, 2009, p.2).

En termes d'allocation des ressources, cette polarisation du débat ne surprend guère. Dans un contexte de ressources limitées et de besoins croissants, l'allocation des ressources publiques entraîne des difficultés pour procéder aux choix et soulève des enjeux à la fois éthiques, économiques, institutionnels et sociaux. Par conséquent, non seulement l'Etat mais tous les acteurs du système sont contraints d'effectuer des choix responsables et équilibrés en déterminant des priorités qui tiennent compte des besoins de santé, des considérations éthiques et des contraintes économiques. Un processus de décision qui associe ces facteurs met en exergue difficultés et conflits d'intérêts, avec des décisions potentiellement contradictoires, soulevant des problèmes de « cohérence » des processus décisionnels.

² Paquet législatif 1 : Message 1A (FF 2004 4019) (Stratégie ; Prolongation de la compensation des risques ; Maintien et gel des tarifs de soins ; Prolongation de la loi fédérale urgente concernant le financement hospitalier ; Prescriptions pour le rapport de gestion et la présentation des comptes des assureurs et la carte d'assuré - Message 1B (FF 2004 4055) (Liberté de contracter) - Message 1C (FF 2004 4089) (Réduction des primes) - Message 1D (FF 2004 4121) (Participation aux coûts)

Paquet législatif 2 : Message 2A (FF 2004 5207) (Financement hospitalier) - Message 2B (FF 2004 5257) (Managed Care). Le message concernant la nouvelle organisation du financement des soins a été élaboré séparément de ces deux paquets (FF 2005 1911).

La pression sur les coûts, la conduite des réformes et la prise en considération des attentes des patients imposent une réflexion approfondie sur la façon dont agissent les acteurs en charge de l'allocation des ressources lors de la mise en œuvre des politiques sanitaires. Dans cette phase de rediscussion et de redéfinition des principes de fonctionnement du système, du rôle et des compétences des acteurs et des moyens, l'analyse de la cohérence décisionnelle s'avère incontournable. Elle permet de mieux comprendre les processus de décision d'allocation des ressources.

2. Cohérence et dimension éthique

Les perspectives de cohérence et de dimension éthique s'inscrivent dans le cadre général de la régulation du système sanitaire (Bolgiani, 2000), laquelle met en jeu les différents acteurs que sont les gestionnaires (étatiques et hospitaliers), les médecins et autres professionnels de la santé, les financeurs (organismes payeurs), les patients (citoyens ou organisations de patients et de consommateurs). L'autorité politique dispose de plusieurs positionnements dans cet ensemble, par sa posture à la fois d'acteur de définition des règles, des modalités d'organisation et des critères d'organisation du système de santé et d'organe de mise en œuvre des dispositions légales (financement, surveillance). Ces quatre groupes principaux d'acteurs interagissent entre eux tout au long du processus décisionnel. L'organisation du système sanitaire d'un pays dépend par conséquent de l'équilibre et du consensus trouvé entre ces acteurs dans le cadre de leurs logiques de positionnement et d'action. Théoriquement, tous s'accordent pour privilégier l'intérêt du patient. Pratiquement, des tensions, conflits et intérêts particuliers caractérisent aussi cet espace de négociation. C'est au cœur de ces tensions qu'intervient et s'inscrit l'analyse des modalités d'allocation des ressources mises en perspective des notions de cohérence et d'éthique.

2.1. L'allocation des ressources

Les termes « ressources » et « allocation des ressources », utilisés en lien avec la problématique de la santé, sont complexes. On les retrouve d'ailleurs dans plusieurs disciplines : l'économie, le droit, la politique, la sociologie, mais aussi la médecine et la philosophie. Partout, ils se caractérisent par différentes acceptions. Le Dictionnaire de santé publique définit l'allocation des ressources de la manière suivante : « The process of deciding how to distribute limited quantities of goods and services, numbers of qualified staff, specialized facilities, and available funds among competing claims for them. Ideally, it is evidence based, with supporting data from demographic, epidemiological, sociological, and economic sources and takes due account of ethical and political concerns. Sometimes, when it involves allocation of financial resources, it is entangled in political and emotional considerations that overwhelm rational debate. When it involves rationing of costly life-saving equipment and specialized technology, as for long-term renal dialysis, difficult ethical decisions are often required » (A Dictionary of Public Health, 2007).

Les processus d'allocation impliquent des choix de distribution des différents types de ressources : biens et services, ressources humaines et financières, moyens technologiques, infrastructures spécialisées. Cela est d'autant plus vrai que le système de santé est confronté à une infinité d'actes de distribution, allant des choix politiques aux choix économiques, en passant par ceux des « institutions de santé », jusqu'à la dispensation des prestations au chevet des patients. L'Organisation mondiale de la santé définit les ressources sanitaires comme l'ensemble des moyens nécessaires au fonctionnement du

système de santé, c'est-à-dire : personnel, bâtiments, matériels, fournitures, ressources financières, connaissances et technologies. Ces ressources, planifiées, organisées et administrées, forment l'infrastructure des systèmes de santé, qui comprennent les services, installations, institutions ou établissements, organisations et personnes qui les gèrent en vue d'exécuter les programmes de santé (OMS, 1984). Dès lors, l'allocation des ressources constitue l'une des principales tâches des politiques publiques de la santé, chargées de définir les priorités et paramètres pour répondre aux besoins des citoyens et aux objectifs politiques (OMS, 1984).

Les politiques publiques de santé assument principalement trois tâches nécessaires à la mise en œuvre des processus d'allocation des ressources : le financement, l'organisation et la distribution. Concrètement, les acteurs allocataires diffèrent selon le secteur, le niveau, le type de ressources à allouer. Leurs tâches (politiques, de gestion ou administratives, cliniques ou prestations) et les outils utilisés pour effectuer ces choix sont pluriels. Leur complexité humaine et technique, de même que la haute sensibilité politique de ces processus ne vont pas sans poser problème. C'est que, selon Mitton et Donaldson (2004), les décideurs des organismes de santé sont mal équipés pour expliciter le rationnement des décisions et s'appuient fréquemment sur des faits historiques ou sur des politiques d'allocation des ressources. James, Carrin, Savedoff et al. (2005) soutiennent quant à eux que l'allocation des ressources est dictée par l'évolution historique et soutenue par les intérêts acquis.

2.2. La cohérence du processus d'allocation

Les caractéristiques du système suisse de santé, notamment le fédéralisme et la subsidiarité, l'orientation vers le marché et la concurrence, ancrée dans la LAMal pour les assureurs, ou la multiplicité des acteurs impliqués, rendent la gouvernance et les processus de décision complexes. Cette situation est à l'origine du questionnement sur la problématique de la cohérence du système de santé. En effet, le fédéralisme et le principe de subsidiarité (art.3 Cst.) octroient la souveraineté d'intervention aux cantons tant que celle-ci n'est pas limitée par la Constitution. Même si la Confédération acquiert avec les années de plus en plus de compétences en matière de santé, les cantons et les communes sont majoritairement impliqués dans la mise en œuvre des politiques de santé. De ce fait, les enchevêtrements de compétences entre Confédération, cantons et communes sont nombreux. Les collaborations et coordinations verticales entre les trois niveaux institutionnels ne sont pas aisées. De même, la coordination horizontale entre les mêmes niveaux décisionnels (les 26 cantons et demi-cantons ou les communes) n'est pas systématiquement favorisée ou institutionnalisée.

Une autre caractéristique centrale du système suisse de santé s'inscrit dans sa dimension libérale et son orientation vers le marché, avec comme conséquence une forte présence des acteurs privés dans la mise en œuvre des politiques publiques. « Intégrant certains éléments de l'économie de marché, s'inspirant des principes de concurrence, de la gestion d'entreprise et encourageant le profit, le système de santé d'inspiration libérale ne permet qu'un encouragement modéré de l'Etat et accorde une large place au secteur non étatique » (Achtermann & Berset, 2006, p.37). Hormis les acteurs institutionnels, les acteurs privés (assureurs-maladie, industrie pharmaceutique, associations professionnelles, hôpitaux, organisations de santé publique et de fournisseurs de prestations, etc.) occupent en effet une place importante dans l'organisation du système de santé et influencent tant le processus de décision que la mise en œuvre des politiques de santé. Les acteurs privés sont des partenaires à part entière des pouvoirs publics par leur participation aux procédures de consultation formelles et informelles. Au-delà de la coordination entre les pouvoirs publics, la concertation et la coordination avec les acteurs privés complexifient donc encore la situation. Dans ce contexte, le défi pour l'autorité étatique consiste à

ménager les intérêts économiques des acteurs privés sans perdre de vue les objectifs sociaux du système de santé en termes de justice sociale et de solidarité. Dans cet environnement, le risque est, lorsque plusieurs niveaux institutionnels politiques coexistent, que les acteurs impliqués sont nombreux et représentent des intérêts multiples voire divergents, que s’y développent des pratiques incohérentes dans les divers processus de décision. Or, ces caractéristiques sont justement celles du système suisse de santé.

Comme le relève le rapport intitulé « les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale », le fédéralisme a des avantages (proximité avec les cantons et leurs caractéristiques, etc.), mais aussi des désavantages notamment au niveau de la cohérence des politiques menées : « les disparités cantonales du point de vue culturel, économique et social, mais aussi en regard des priorités politiques de chaque gouvernement, rendent difficile les comparaisons transversales, la recherche de solutions communes ou la transposition des stratégies porteuses (...) Elaborées et mises en œuvre dans un contexte fédéraliste, les mesures de santé publique manquent de coordination et de cohérence sur le plan national, ce qui pèse sur leur efficacité » (Achtermann & Berset, 2006, pp.45 et 47). Ce même constat est posé par l’étude conjointe de l’OCDE et de l’OMS : « le système de santé suisse, fragmenté entre différents acteurs, est constitué en pratique de 26 systèmes semi-autonomes qui ne sont guère reliés entre eux. Cette caractéristique propre à la Suisse rend difficile l’élaboration de politiques nationales cohérentes » (Fornerod, 2007, p.40).

Une cohérence totale des politiques publiques, particulièrement de celle très techniques et politiquement sensible de la santé, est évidemment illusoire. Pour autant, la réflexion et l’amélioration du degré de cohérence des politiques sont indispensables et doivent demeurer des objectifs à atteindre. A cet égard, l’amélioration de la cohérence des politiques de santé par l’amélioration de la gouvernance du système est la première recommandation formulée par les experts de l’OCDE pour améliorer la performance du système de santé suisse, qui constate que l’inexistence de cadre fédéral de gouvernance rend « très difficile l’élaboration de politiques nationales cohérentes » (OCDE, 2006, p.161). Les experts de l’OCDE prennent notamment pour exemple la planification hospitalière, qui aurait pu être un outil de limitation des coûts et de contrôle de la capacité, mais qui, en l’absence de planification nationale, a montré que les cantons n’ont pas été en mesure de s’entendre sur une coordination de l’offre (OCDE, 2006, p.140). Parmi les moyens préconisés, tant par l’OCDE que par les auteurs du rapport sur les politiques suisses de santé figure l’amélioration de la « gouvernance globale » du système. « Chacun agit dans le cadre de ses compétences respectives. Il s’agit dès lors d’exploiter les opportunités et les chances que nous offre le fédéralisme et en parallèle d’en diminuer ses facteurs d’handicap. Ceci signifie concrètement que notre capacité de gouvernance s’améliorera sur le long terme au plan national à la condition que nous fixions ensemble les objectifs et les stratégies en politique de santé et que nous coordonnions mieux nos actions au plan national » (Achtermann & Berset, 2006, p.7).

La coordination des actions/acteurs et la fixation d’objectifs communs semblent essentielles à la cohérence du système de santé. L’existence d’instances favorisant la collaboration et la coordination des mesures en politique de la santé est d’ailleurs une des questions centrales de la recherche de l’OFSP sur les politiques suisses de santé. Faisant l’inventaire des instances favorisant cette coordination, les experts relèvent qu’au niveau fédéral il n’existe pas de politique concertée, la compétence globale en la matière étant inexistante. Concernant la collaboration intercantonale, des instruments de collaboration et de coordination existent (CDS, conférences régionales des affaires sanitaires, etc.) mais n’ont pas débouché réellement sur la formulation de politiques de santé au plan régional. Enfin, au niveau de la

collaboration verticale, entre exécutifs des cantons et la Confédération, un nouvel instrument a été institué, le « Dialogue » entre Confédération et cantons. Toutefois, au-delà de l'intention, ce Dialogue reste un espace d'échange sans aucun pouvoir formel.

En effet, il résulte du processus entrepris dès 1998 par la Confédération et les cantons pour tracer les contours d'une Politique nationale suisse de la santé (PNS). Ce projet est un échec, ne débouchant pas sur la moindre ébauche d'une politique nationale de la santé, contrairement à son ambition initiale. Pour pallier cette situation, une convention est conclue en décembre 2003 entre la Confédération et les cantons, instaurant un dialogue permanent entre les responsables de la politique de la santé des cantons et ceux de la Confédération. Il est admis qu'une concertation est nécessaire entre les deux niveaux institutionnels. Le Dialogue permet de débattre périodiquement des défis relevant du domaine de la santé et de coordonner les actions des autorités institutionnelles. La convention qui le régit détermine ses objectifs : a) l'échange d'informations régulier ; b) l'identification de sujets et de tâches de politique de santé pour lesquels les cantons et la Confédération ont un intérêt parallèle ou complémentaire à un développement coordonné ; c) la détermination des travaux de base, de préparation et de développement liés à la concertation ; d) la décision sur des prises de positions communes et des recommandations à l'adresse de la Confédération et des cantons ; e) la promotion de la compréhension et de la confiance mutuelles. Parmi les thèmes abordés, relevons : en 2007, le pilotage de la prise en charge hospitalière ; en 2008, les professions de la santé ; en 2009, la relation entre les soins ambulatoires et hospitaliers ; en 2010, le recrutement et la migration du personnel de la santé.

L'Office fédéral de la santé publique (2006) formule quatre conditions essentielles à l'avènement d'une politique nationale de la santé : une culture de collaboration entre cantons et Confédération, une politique fondée sur l'échange des savoirs, une approche multisectorielle et globale et un renforcement des compétences de santé de la population. En regard des recommandations de l'Académie suisse des sciences médicales, il s'agit donc de comprendre dans cette étude comment « le monde politique, la société et les professionnels de la santé [reconnaissent] l'existence ou plus exactement, le caractère inévitable des limites au sein du système de santé » (ASSM, 2007, p. 15).

Fort de ces constats, une meilleure compréhension des processus de décision et de leur cohérence entre les niveaux institutionnels et les acteurs qui en assument la mise en œuvre est essentielle. C'est la raison pour laquelle cinq études de cas sont au centre de la recherche.

La question de la cohérence renvoie aussi à celle d'une de ses conséquences éventuelles : la création de disparités de pratiques et d'inégalités de traitement de la population découlant du canton de domicile. L'OMS focalise son attention sur la question de l'égalité des chances des citoyens dans les systèmes de santé. Cette problématique est au centre de sa stratégie « Santé pour tous » (Kickbush, 2007). Elle concerne la Suisse parce que, comme dans tous les pays, l'accès aux services de santé peut être influencé par le statut social, l'origine culturelle ou les problèmes sociaux rencontrés (illettrisme, par exemple, qui peut influencer la relation au système de santé). Des formes de rationnement sont donc possibles malgré l'obligation d'assurance et la densité du catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins. L'OCDE constate à ce sujet que « si le système ne rationne pas l'accès aux services de santé du fait des contraintes de l'offre, il utilise le facteur prix pour rationner la demande et le montant relativement élevé des paiements directs peut poser des problèmes d'équité dans l'accès aux soins pour les personnes à revenus moyens et les familles nombreuses, ceci en dépit des mécanismes mis en place pour protéger les groupes de population vulnérables » (2006, p.94).

L'OCDE, dans son rapport d'évaluation du système de santé suisse (2006) met le doigt sur différents problèmes qui ont un lien direct avec la question de l'allocation des ressources : couverture en soins, inégalité en matière de financement des primes, planification hospitalière, prix des médicaments. Santos-Eggimann (2005) a d'ailleurs relevé de fortes disparités cantonales et régionales pour l'accès aux prestations de santé, et cela particulièrement pour les services psychiatriques. Schubert, Schaffert-Witvliet, Glass et al. (2004) indiquent que la qualité des soins et des prestations des hôpitaux dépend des ressources disponibles et parfois aussi des conditions de travail du personnel. Les hôpitaux présentent des différences considérables non seulement du point de vue de la satisfaction du personnel soignant, mais aussi de la fréquence des erreurs évitables (voir aussi à ce propos le Bulletin des médecins suisses, 2006, p.1697 ; Chaix-Couturier, Durand-Zaleski, 2002, p.43).

Dans la pratique, diverses approches, complémentaires, peuvent être mentionnées pour viser la cohérence :

- L'identification des « lieux » décisionnels et allocatifs du système de santé. Il s'agit de donner une visibilité aux nombreuses instances qui, à titres divers, avec des compétences différentes et mettant en cause des enjeux éthiques multiples, agissent et produisent des décisions de nature allocative : État, fournisseurs de prestations, assureurs, citoyens-malades-patients, mais aussi secteurs économiques. Mais cela n'est que le premier pas, qui reste à maints égards de nature descriptive. Si l'on envisage l'étude des processus décisionnels en matière d'allocation des ressources, la « carte » de ces processus reste à tracer, décortiquer, analyser.
- La mise en place, à chaque niveau et pour les différentes instances, d'instruments décisionnels (« decision frameworks ») adéquats. L'expérience canadienne, où le système de santé a été confronté à une forte décentralisation des compétences, a montré la pertinence de l'exigence d'adoption de tels instruments. L'allocation devient, dans ce cas, un problème de « priority setting ».
- La mise en liaison des décisions allocatives. Une fois que les « decision frameworks » sont mis en place, faut-il encore qu'ils soient liés les uns aux autres, en raison notamment du fait que les processus d'allocation traversent le système, du niveau « collectif » au niveau « individuel ». « At one level, society as a whole has to make decisions about the kind of health provision that it wants, the areas of provision it seeks, and the weight of importance it gives to the individual and the collective...at another level, one not often explicitly recognised in much of the literature: in the very definition of the effectiveness of treatments (...) a patient's own assessment of the value of the treatment » (Frith, 1999, p.149).

Ces approches ne sont pas clairement conceptualisées dans le champ sanitaire helvétique, encore moins explicitées de manière à être considérées comme des éléments fondateurs du processus de décision et de sa mise en œuvre.

2.3. L'analyse éthique

L'analyse de la cohérence ne suffit pas pour apprécier l'allocation des ressources faites par les acteurs du système de santé. Il a été relevé que les systèmes de santé doivent concilier les objectifs sociaux (solidarité, égalité, etc.) et les objectifs de maîtrise des coûts. Hypothétiquement, un système de santé pourrait afficher un fort degré de cohérence dans l'atteinte d'un seul objectif, la maîtrise des coûts, tout en abandonnant celui de la solidarité ou de l'extension des prestations. En ce sens, l'analyse de la

cohérence est essentielle mais insuffisante si une étude conjointe des fondements éthiques des décisions n'est pas entreprise. L'analyse de ces politiques publiques en termes de dimensions éthiques permettrait d'évaluer la multiplicité des paramètres pris ou à prendre en compte dans les processus de décision. Au vu du renforcement des tensions entre offre et demande de prestations de santé, il y a fort à parier que ces dimensions marqueront d'une manière encore plus forte les décisions politiques. C'est notamment pourquoi ce travail se donne donc comme second objectif de prendre en considération l'analyse des fondements éthiques dans les processus de décisions.

Dans le domaine sanitaire, la question éthique est, à son origine, intimement liée à l'important développement médical d'après-guerre, notamment dans le cadre de la recherche et de l'expérimentation. Ainsi, s'est développée la sous-discipline de la bioéthique, qui se distingue notamment de la déontologie médicale classique, en faisant participer à son élaboration une pluralité d'acteurs et de disciplines. « Surgie en Amérique du Nord, (...) la bioéthique s'est d'abord intéressée à des cas individuels : contraception, avortement, acharnement thérapeutique (...). En Europe, notamment dans les pays latins, l'intérêt a porté massivement plutôt sur l'éthique de la recherche » (Boitte, 1995, p.7). Pourtant, depuis plusieurs décennies, les considérations éthiques sortent de ces carcans initiaux et touchent le domaine sanitaire dans un sens plus large, notamment par la problématique de l'allocation des ressources. En s'élargissant de la sorte, la question éthique se retrouve, potentiellement du moins, en filigrane de quasi tous les processus décisionnels intervenant dans un système sanitaire. Tout porte à croire que dans le futur, l'allocation des ressources accroîtra la place et le rôle de la dimension éthique.

L'idée même d'allocation des ressources semble impliquer au moins deux principes sous-jacents, le caractère limité des ressources et son corollaire, une nécessaire distribution de celles-ci parmi les individus. Si la limitation des ressources à disposition s'impose comme présupposé économique, elle indique que le cumul des besoins de chacun dépasse l'offre disponible. Cette tension entre offre et demande implique donc la nécessité d'effectuer une distribution parmi l'offre. Une telle distribution devrait se baser sur des décisions, sous-tendues par ce qu'on nomme parfois les « grands principes », et ne relevant en aucun cas du hasard, des intérêts partisans ou particuliers, de la corruption ou d'éventuels avantages héréditaires. Il s'agit de comprendre dans quelle mesure les choix d'allocation des ressources sont justifiés ou basés sur des principes éthiques.

Ces grands principes se retrouvent lors de l'élaboration de la LAMal et sont traduits dans la loi. Pensons au principe d'égalité (traduit par l'accès universel aux soins, l'obligation de s'assurer, l'étendue du catalogue des prestations, l'égalité de traitement), d'équité (financement par la réduction des primes comme correctif social à la prime par tête, choix d'implantation hospitalière), ou encore de liberté individuelle (avec le libre choix des prestataires de soins, de la caisse-maladie ou du type d'assurance, choix de l'hôpital). Ces mêmes principes se retrouvent explicitement ou implicitement dans des lois d'application, des ordonnances cantonales puis dans les pratiques des acteurs du système de santé. En ce sens, l'analyse en terme d'éthique trouve une pertinence accrue lorsqu'on l'oriente sur les décisions d'application prises lors de la mise en œuvre de la loi (lois et ordonnances cantonales, pratiques des acteurs, etc.) permettant d'évaluer leur adéquation ou leur décalage avec ces grands principes. Soulignons que l'ensemble de ces principes émerge des débats de la philosophie politique consacrée aux critères de justice.

Relevons que la nature éthique des décisions, tout comme leur cohérence, est conditionnée par la complexité des systèmes de santé, de manière générale, et plus particulièrement dans le contexte

suisse. Les multiples acteurs du système suisse de santé prennent des décisions selon des logiques différentes, mais ces décisions peuvent également se fonder sur des principes éthiques différents selon les intérêts de chacun de ces acteurs. Au niveau national, la multiplicité des acteurs, notamment privés, et les enjeux économiques liés à la santé favorisent la formation de groupes d'intérêts (lobby des assureurs, des médecins, des entreprises pharmaceutiques, syndicats, patronat, etc.) défendant pour les uns une vision plus libérale du système de santé et pour d'autres une conception plus régulée et solidaire.

L'analyse conjointe de la cohérence et des aspects éthiques dans les décisions d'allocation des ressources sanitaires permet de mieux comprendre comment améliorer l'efficacité (l'atteinte des objectifs d'une politique) et l'efficience (allocation optimale des ressources) du système de santé. Les notions d'allocation des ressources, de cohérence et d'éthique, seront définies ci-après.

3. Références analytiques et conceptuelles

Sont exposés ci-après les concepts d'allocation des ressources, de niveaux d'allocation et les acteurs impliqués dans ces processus. Les approches utilisées dans la recherche pour appréhender les aspects de cohérence et d'éthique dans les cinq thématiques sont passées en revue.

3.1. Allocation des ressources

Les processus d'allocation des ressources sanitaires interviennent à plusieurs niveaux du système de santé. La recherche structure l'analyse autour de trois niveaux génériques : macro, méso et micro.

La « macro » allocation concerne les acteurs politiques et les décideurs publics. Ces derniers déterminent les principes d'organisation à la base du système sanitaire et définissent l'orientation de la politique de la santé. Les cadres juridiques sont arrêtés à ce niveau ainsi que d'autres questions fondamentales : régime de couverture de l'assurance maladie, définition des responsabilités et des processus décisionnels, répartition des tâches et des compétences des professionnels / non-professionnels, formes de financement et d'allocation des ressources (Contandriopoulos, 2003). Les choix des autorités publiques visent dans ce cadre à garantir et protéger l'intérêt public en répondant aux besoins sociaux et de santé de la population.

Le niveau intermédiaire « méso » comprend toutes les institutions et services de santé impliqués dans la gestion et les mises en œuvre des règles déterminées par le niveau macro. À ce niveau sont définies les normes et exigences relatives à la gestion et l'administration des différentes organisations ou institutions qui constituent « l'architecture » de l'offre de services de santé. Les acteurs participant à ce niveau d'allocation décident comment mettre en œuvre les services et allouer les budgets assignés par le plus haut niveau du système. Leurs choix concernent l'allocation des budgets, l'organisation, la gestion et l'allocation des ressources humaines et technologiques et la livraison des services. Leur marge de manœuvre est souvent réduite en raison des orientations politiques et des budgets assignés au niveau des macro allocations (Contandriopoulos 2003).

La « micro » allocation se situe au niveau le plus près de la personne et est la plus sensible à opérer. Les prestataires se trouvent ici en relation directe avec la population et les patients. Les choix concernent le diagnostic et les traitements. C'est précisément de leurs décisions que dépend la protection de la santé

de la population. C'est à ce niveau du système de santé que les décisions provoquent des implications fondamentales directes sur la santé individuelle. Or, les acteurs du niveau micro n'agissent pas en toute liberté. Ils sont partie prenante d'un espace structuré et réglementé au niveau macro et sous la pression de règles de management mises en place au niveau méso (Contandriopoulos 2003). L'allocation renvoie aux soins mais aussi aux choix de nature financière et administrative qui garantissent et déterminent la qualité, la quantité et le moment de la prestation. L'agent allocataire agit dans un contexte de ressources limitées et de possibles restrictions budgétaires dans lequel il doit prendre des décisions non seulement de caractère clinique mais aussi de caractère économique, en lien avec le choix de type de diagnostic et de thérapie. En subordonnant des décisions cliniques à des considérations externes, contextuelles, émergent des difficultés et questions de caractère éthique, déontologique, susceptibles de provoquer également des situations conflictuelles.

3.2. Acteurs et logiques de régulation

De nombreux acteurs opèrent des choix aux trois niveaux d'allocation exposés précédemment. Comme mentionné plus haut (Bolgiani, 2000) ceux-ci peuvent être regroupés en quatre catégories idéales-typiques : les gestionnaires (hospitalier et étatiques), les professionnels de la santé, les financeurs (organismes payeurs) et les patients (citoyens ou organisations de patients et de consommateurs).

Les gestionnaires sont les professionnels experts en management institutionnel, qui se basent sur des approches scientifiques pour définir la façon d'utiliser les ressources de manière optimale pour satisfaire les besoins de la population. On distinguera les gestionnaires travaillant au sein des administrations (fédérale et cantonales) et les directeurs hospitaliers. Ce groupe n'est pas pour autant homogène, les derniers appliquant les décisions des premiers avec une certaine marge de manœuvre. *Les professionnels de la santé* sont principalement les médecins et toutes les autres professions soignantes. Ils utilisent leurs connaissances et leur expertise scientifiques pour soigner les patients. L'emploi final des ressources économiques et la mise en œuvre des réformes du système de santé influencent leur pratique. *Les organismes payeurs* se composent essentiellement de l'Etat (Confédération, cantons et communes) et des assurances sociales (pour notre étude, l'assurance-maladie en particulier). *Les patients* sont à la fois des citoyens – contribuables, des assurés et des patients. Leurs intérêts sont contradictoires et dépendent de leur posture prédominante : recherche des meilleurs soins, souhait de primes maladie moins élevées, maintien des structures sanitaires les plus proches et optimales dans leur région.

Selon Contandriopoulos (2008) (Tableau page suivante), ces acteurs sont mus par quatre logiques de régulation du système de santé : la logique professionnelle, technocratique, économique et démocratique.

Selon le niveau d'allocation, l'une ou l'autre des logiques est priorisée. La « macro » allocation relève de la logique démocratique, qui arrête les grands principes organisateurs. La « méso » allocation se base davantage sur les logiques marchandes et technocratiques, alors que la « micro » allocation s'ancre sur la logique professionnelle. En ce sens, les décisions d'un même acteur peuvent être parfois mues simultanément par plusieurs logiques. Par exemple, dans le système de santé suisse, les cantons participent à la fois d'une logique démocratique, dans leur rôle politique, de gestionnaire ou marchande lorsqu'ils doivent planifier, financer et gérer l'offre de services hospitaliers. Enfin, sur le principe, les différentes logiques de régulation interagissent dans l'objectif de satisfaire les patients. En réalité, d'inévitables et irréductibles tensions sévissent entre ces logiques. Le compromis issu des interactions entre ces acteurs définit les priorités et l'organisation du système de soins.

Tableau 1.2 : Logiques de régulation

Logiques de régulation	Caractéristiques	Acteurs
Technocratique	Analyser des besoins et priorités de la population. Planifier l'allocation des ressources financières et matérielles. Garantir des soins efficaces à l'ensemble de la population	Experts Fonctionnaires Politiciens
Professionnelle	Repose sur les progrès de la médecine et de la technologie médicale. Utilisation des compétences et de l'expertise des professionnels au service des patients	Professionnels de la santé
Economique	Allocation optimale des ressources investies dans le domaine sanitaire. La santé est un marché où les prestations et services sanitaires s'échangent entre offre et demande	Experts Politiciens Economistes
Démocratique	Sensibiliser le citoyen à leurs responsabilités et leurs droits dans le système sanitaire. Amélioration quantitative et qualitative de la participation des citoyens dans le processus démocratique	Fonctionnaires Politiciens Citoyens Assurés

Relevons que la distinction opérée préalablement en matière d'allocation des ressources entre les niveaux macro, méso et micro ne se calque pas sur les trois niveaux institutionnels qui composent la structure fédéraliste. En effet, un modèle souvent usité en Suisse pour la définition des niveaux reflète la structure verticale de l'organisation politique avec la Confédération (niveau macro), les cantons (niveau méso) et les communes (niveau micro). Or la complexité du système sanitaire suisse, caractérisé par de multiples enchevêtrements entre niveaux, champs et acteurs, ne permet pas de se référer strictement à cette structure. Dès lors, nous opterons pour le schéma proposé par Contandriopoulos, qui permet de donner aux trois niveaux considérés une plus grande souplesse et ouverture pour y inclure les différents acteurs du système dans l'un ou l'autre niveau en tenant compte du rôle qu'ils jouent et du type de décisions qu'ils prennent. La décision de positionner certains acteurs dans un niveau plutôt que dans un autre est prise en fonction du type de choix sur lesquels ils interviennent : choix de régulation et d'orientation (niveau macro), choix de gestion et administratifs (niveau méso), choix cliniques et de prestations (niveau micro).

Au niveau « macro », sont considérés tous les acteurs, pour la plupart publics, impliqués dans les choix d'orientation et de régulation. Ils déterminent la législation en matière d'allocation des ressources en santé pour les différents champs d'analyse. Il s'agit de choix normatifs qui établissent les règles générales pour gérer le secteur. Les instruments qui se rattachent au niveau macro et qui seront évalués dans le cadre de la recherche seront les lois fédérales et cantonales, les messages accompagnant les projets de lois fédérales et cantonales, ordonnances, règlements, directives, et les déclarations des acteurs du terrain appelés à prendre position sur les choix en question. Cela implique que les acteurs du niveau macro seront principalement les « législateurs », notamment les Chambres fédérales et les Grands Conseils cantonaux, ainsi que les exécutifs respectifs (Conseil fédéral, Conseil d'État). De manière transversale, il faut aussi ajouter certains partenaires de terrain, concernés par la problématique qui, par leurs prises de position, contribuent, d'une manière certes indirecte, à la décision finale.

Au niveau « méso », l'identification des acteurs est plus difficile en raison de la diversité des rôles que les acteurs concernés assument dans les différents champs d'analyse. En principe, le niveau méso comprend tous les acteurs qui opèrent des choix relevant de la gestion et de l'administration. Ce niveau se compose des offices et des services cantonaux de santé et des assureurs, qui assument la mise en œuvre des décisions des législateurs fédéral et cantonaux. Les hôpitaux, les EMS, les assureurs, les

services de soins et soutiens à domicile exercent un rôle important dans la gestion et l'administration des services de la santé.

Le niveau « micro » est principalement dominé par les acteurs en lien direct et personnel avec le patient, le citoyen ou l'assuré. Les choix suivent la logique professionnelle et concernent les prestations offertes. Les principaux acteurs sont ici les fournisseurs de prestations (médecins, infirmiers, fonctionnaires, etc.). Malgré le fait que la logique professionnelle prévoit que les choix cliniques soient prioritaires, souvent ces acteurs se trouvent face à des questions de gestion liée à la rareté des ressources, c'est-à-dire face à des choix d'allocation. La question principale à ce niveau devient celle de savoir si, selon des règles éthiques et déontologiques, la prestation en tant que telle est vraiment prédominante.

La délimitation de ces trois niveaux se caractérise parfois par une certaine porosité. Le même acteur peut ainsi être positionné sur deux niveaux différents en fonction de ses tâches. L'analyse montrera jusqu'où existe une correspondance entre les niveaux institutionnels et les niveaux de décision effectifs découlant du cadre politique institutionnel. Le tableau suivant récapitule ces différents éléments et les acteurs impliqués.

Tableau 1.3 : Thèmes de la recherche, acteurs et niveaux d'allocation

	Macro	Meso	Micro
1. Planification hospitalière	Parlement Grand Conseil Conseil fédéral Conseil d'Etat Services cantonaux Partenaires	Services cantonaux Assureurs Hôpitaux Cliniques privées	Hôpitaux Cliniques privées
2. Financement des soins - EMS - Soins à domicile	Idem	Services cantonaux Assureurs EMS Services de soins à domicile	EMS Spitex Soignants
3. Primes d'assurance-maladie	Idem	Services cantonaux	Assurés Services sociaux
4. Clause du besoin – démographie médicale ambulatoire	Idem	Services cantonaux Assureurs	Fac de Médecine FMH Assureurs
5. Médicaments	Idem	Industrie pharmaceutique	Pharmaciens Médecins Assureurs

3.3. La cohérence d'une politique publique

Le concept de cohérence fait partie intégrante de la définition d'une politique publique. Les dimensions qu'il recouvre sont exposées ci-après. Pour le conceptualiser, nous proposons dans un premier temps de reprendre la définition d'une politique publique et de la décomposer en différentes étapes, lesquelles constitueront les références pour la définition de la cohérence des politiques sanitaires.

Définition d'une politique publique

Une politique publique peut être définie comme « un enchaînement de décisions ou d'activités, intentionnellement cohérentes, prises par différents acteurs, publics et parfois privés, dont les ressources, les attaches institutionnelles et les intérêts varient, en vue de résoudre de manière ciblée un problème défini politiquement comme collectif. Cet ensemble de décisions et d'activités donne lieu à des actes formalisés, de nature plus ou moins contraignante, visant à modifier le comportement des groupes sociaux supposés à l'origine du problème collectif à résoudre (groupes cibles) dans l'intérêt de groupes sociaux qui subissent les effets négatifs dudit problème (bénéficiaires finaux) » (Knoepfel, Larrue & Varone, 2006, p.59). Ces auteurs distinguent les politiques publiques substantielles, caractérisées par le fait « qu'elles ont directement pour objet de résoudre un problème social spécifique », des politiques institutionnelles, qui « visent à changer les structures institutionnelles d'un pays, d'un canton ou d'une commune dans l'optique d'une nouvelle distribution du pouvoir ». La recherche privilégie les politiques dites substantielles, puisque les politiques de santé visent précisément à offrir des infrastructures optimales pour l'assistance médicale de la population. Pour autant, l'analyse de l'impact des règles institutionnelles, notamment du fédéralisme d'exécution, sur les politiques de santé sera centrale, tant les politiques substantielles sont dépendantes des règles institutionnelles, « règles du jeu » du système. Ainsi, la définition d'une « politique publique » renvoie à « des décisions intentionnellement cohérentes » et comprend donc la problématique de la cohérence. Pour appréhender le concept de cohérence, il convient de décomposer les différents éléments d'une politique publique.

Les étapes d'une politique publique

La cohérence analyse la relation entre différentes étapes et éléments d'une politique publique. Est retenu ici le découpage d'une politique publique proposé par Knoepfel et al. (2006) et Bussmann et al. (1998), qui identifient quatre étapes et six sous-étapes³.

a) La mise à l'agenda du problème public

1. **La définition du problème public (DP).** *Définition du problème collectif, des objectifs généraux de la politique publique, du modèle d'intervention, des modalités d'action fondamentales et des effets escomptés).*



b) La programmation législative et réglementaire de l'intervention publique

2. **Le programme politico-administratif (PPA).** *Ensemble des normes et des directives fédérales et cantonales que les gouvernements et les parlements considèrent nécessaires pour appliquer la conception de la politique publique par l'intermédiaire de plans d'actions et par une réglementation administrative du comportement des groupes-cibles).*
3. **L'arrangement politico-administratif (APA).** *Cette étape concerne les décisions sur les structures de la mise en œuvre administrative d'une politique publique.*

³ Un tableau résumant plus précisément ces différentes étapes et leur contenu se trouve en annexe.



c) La mise en œuvre de la politique

4. **Les plans d'action (PA).** Fixation des priorités pour la production des actes de mise en œuvre concrets et pour l'allocation des ressources y relatives (instrument de pilotage). Il s'agit de la concrétisation des objectifs abstraits d'une loi en actes concrets de mise en œuvre).
5. **Les actes formalisés de mise en œuvre (outputs).** Produits finaux des processus décisionnels politico-administratifs qui s'inscrivent dans la mise en œuvre d'une politique déterminée (décisions juridiques, prestations financières, activités de conseils, etc.



d) L'évaluation des effets de la politique

6. **Les énoncés évaluatifs.** Ensemble des jugements de valeur sur les changements de comportements induits.

Une politique publique est donc constituée de divers éléments visant à résoudre un problème public par l'identification de ses causes et la définition des moyens d'intervention adéquats mis en œuvre pour le résoudre. La cohérence de ces éléments est centrale, tout particulièrement en regard du fédéralisme et de la subsidiarité, car la définition d'une politique résulte de multiples décisions provenant de différentes collectivités publiques et d'acteurs privés. « Une cohérence au moins intentionnelle » est centrale dans la conception de la politique publique et présuppose que « les décisions ou activités prises sont liées les unes aux autres » (Knoepfel, Larrue & Varone, 2006, p.32). En regard de ces différentes étapes de la politique publique, le concept de cohérence peut être appréhendé de différentes manières.

La cohérence comme critère d'évaluation

Arrêter une définition précise de la notion de cohérence d'une politique publique n'est guère aisé. La cohérence est l'union étroite des divers éléments d'un corps, la liaison, le rapport étroit d'idées qui s'accordent entre elles, l'absence de contradiction. Pour la physique, la cohérence est la force qui fait tenir ensemble les molécules. En philosophie, la théorie de la cohérence veut que « la vérité d'une proposition résulte de la cohérence de cette proposition avec toutes les autres propositions vraies ». En revanche, dans les sciences sociales, « la notion de cohérence est relativement nouvelle et n'a pas encore été bien éprouvée. A la différence de la « convergence », concept aujourd'hui parfaitement défini en économie, la cohérence n'a pas encore trouvé sa place dans les manuels et autres ouvrages de référence » (Picciotto, 2004, p.3). Pour autant, certains manuels relèvent que pour qu'une politique publique soit cohérente, les différentes décisions et activités prises par les acteurs doivent **se renforcer, ne pas se contredire** et être **adéquates par rapport aux objectifs fixés**. Nous proposons donc de définir les trois critères de cohérence suivants :

- Le renforcement
- La non-contradiction
- L'adéquation

Le renforcement. Dans un enchaînement de décisions et activités, une décision/activité prise/réalisée par des acteurs renforce une ou des précédentes décisions/activités lorsqu'elle confirme l'ensemble ou une partie des aspects de la décision/activité, la consolide et/ou la précise (en vue d'atteindre les objectifs concrets de la politique).

Exemple : lors de la tentative de deuxième révision de la LAMal, le Conseil des Etats voulait redéfinir l'objectif social de la réduction des primes, en reprenant l'objectif du message de la LAMal de 1991, à savoir que la charge économique des primes de l'assurance-obligatoire des membres d'un même ménage n'excède pas 8% du revenu de ce même ménage. Cette décision aurait « renforcé », « précisé », la définition « d'assurés de condition modeste », en vue d'atteindre l'objectif politique originel. En refusant cette révision, le parlement a maintenu la définition floue « d'assuré de condition modeste », décision qui affaiblit l'objectif initial. Il n'y a donc pas eu de renforcement.

La non-contradiction. Une décision ou une pratique est contradictoire avec la/les précédente(s) décision(s)/activité(s) lorsqu'elle nie, diverge fortement ou est incompatible avec la/les précédente(s). Par opposition, la non-contradiction est une décision semblable, compatible avec une précédente décision. Ce concept est proche de celui de renforcement et peut être considéré comme son préalable. Le renforcement confirme (non-contradiction) dans un premier temps et consolide et précise la décision dans un second.

Exemple : l'introduction de l'article 64a de la LAMal concernant la suspension des prestations en cas de non-paiement par l'assuré des primes ou des participations aux coûts est « contradictoire » avec l'objectif d'accès universel aux soins. Cette contradiction au niveau de la LAMal implique que les cantons doivent mettre en place un système propre pour assurer l'accès aux soins du groupe d'assurés concernés. Il s'agit d'un transfert de charge de l'assureur au canton. Surtout, malgré la démarche des cantons, la suspension des prestations peut potentiellement désinciter un assuré à recourir à une quelconque prestation malgré un besoin avéré.

L'adéquation. Une décision/activité est adéquate par rapport aux objectifs d'une politique lorsqu'elle est appropriée, adaptée pour atteindre les objectifs fixés. Ci-dessous sont exposés deux exemples d'adéquation des procédures et du partage des responsabilités avec les objectifs respectivement de la réduction des primes et de la planification hospitalière.

1. L'adéquation des procédures, des éléments instrumentaux (cf. supra), aux objectifs concrets de la politique. Ces derniers sont adéquats lorsqu'ils permettent d'atteindre les objectifs concrets et notamment les groupes cibles désignés.

Exemple : le système d'accès aux assurés de condition modeste par le biais d'une information officielle ne permet pas d'atteindre l'ensemble des ayants droits au subventionnement des primes de l'assurance de base. Ce déficit de mise en œuvre questionne l'adéquation de ce procédé pour atteindre les assurés concernés et alléger leur charge en termes de primes d'assurance.

2. L'adéquation du partage des responsabilités, au niveau des acteurs de la mise en œuvre, pour atteindre les objectifs concrets fixés. Il s'agit d'analyser si les acteurs disposent des capacités, compétences et ressources suffisantes ainsi que des instruments d'application appropriés pour la mise en œuvre. La structure de mise en œuvre devant également se baser sur une organisation en termes de structures et de processus adaptée.

Exemple : la planification hospitalière vise à optimiser l'offre d'hôpitaux et donc la répartition des compétences entre ces acteurs importants de la mise en œuvre afin d'atteindre les objectifs de maîtrise des coûts et d'amélioration de la qualité. La planification est donc une mesure visant à améliorer « l'adéquation » de la répartition des compétences aux objectifs de la politique.

Attention ! Il importe de préciser que **l'adéquation évoquée ici comme critère de cohérence** n'a strictement rien à voir avec la notion d'« adéquation » ancrée dans la LAMal, qui renvoie à l'adéquation de la prise en charge des soins (critères d'adéquation, d'économicité, d'efficacité).

Enfin, ces trois critères ne sont pas de nature identique. Si le critère d'adéquation mesure la relation entre une/des décisions et les objectifs concrets de la politique, dans l'absolu, le renforcement et la non-contradiction pourraient être appréhendés sans se référer aux objectifs fixés. Ainsi, une décision pourrait renforcer une précédente allant à l'encontre des objectifs politiques. En ce sens, la non-contradiction et le renforcement seront toujours appréhendés en regard des objectifs fixés par la politique mise en œuvre.

Les types de cohérence

La cohérence définie ci-dessus peut être analysée en considérant différentes étapes de la politique publique. Aux étapes définies précédemment correspondent des types de cohérence. Ce sont :

a) La cohérence interne

La *cohérence interne* signifie la cohérence entre les différents éléments constituant la politique étudiée. La cohérence interne peut être examinée entre les éléments du programme politico-administratif et les objectifs concrets de la politique (1). L'évaluation de la cohérence interne de l'arrangement politico-administratif défini par les acteurs de mise en œuvre (2) et du plan d'action (3) avec les objectifs concrets de la politique (4) sont aussi au centre de l'analyse.

Cohérence interne des normes législatives (éléments du programme politico-administratif) (1) :

La « cohérence interne (intra-politique) du contenu des normes législatives qui régissent la politique (programmation) », centrée sur la politique concernée (« coordination intra-politique »), considère le renforcement ou l'affaiblissement réciproque, l'adéquation et la non-contradiction des différentes décisions/activités du programme administratif. Ce premier type de cohérence consiste en l'analyse des décisions/éléments du programme administratif en évaluant si les décisions prises par les différents acteurs politiques à ce niveau se renforcent, ne se contredisent pas et sont en adéquation avec les objectifs fixés. « L'analyse des programmes administratifs, conduite selon les cinq éléments esquissés (voir chapitre précédent), représente le fondement d'un examen de leur cohérence. Elle permet de découvrir des contradictions entre les éléments individuels d'un programme, par exemple entre les objectifs fixés et les éléments opérationnels, ou entre les objectifs fixés et les ressources » (Bussmann, 1998, p.85). Selon les auteurs, un manque de cohérence entre les éléments du programme établi peut influencer la qualité et la quantité des outputs de la politique publique. Dans ce cas, l'incohérence peut être source de « déficits de mise en œuvre préprogrammés » car les responsables ne sont pas les acteurs de la mise en œuvre mais les acteurs chargés de la conception de la politique publique. En effet, l'absence d'output peut s'expliquer, par exemple, par le fait que le programme administratif a défini une répartition de compétences et de ressources (arrangement politico-administratif) « inadéquate », dans l'incapacité de réaliser les objectifs et les prestations de la politique.

Pour clarifier l'analyse, le programme administratif est divisé en deux sous-dimensions. La première représente les décisions prises au niveau fédéral (LAMal, ordonnances spécifiques, etc.) et la seconde

les décisions d'exécution, de mise en œuvre, prises au niveau cantonal (si pertinent, aussi au niveau communal). En effet, les décisions de planification, nécessaires à la production des prestations, prises par les acteurs de mise en œuvre (concrétisation des objectifs, des éléments opérationnels, des priorités, etc.), sont pour certaines thématiques inscrites au niveau législatif et pas ou peu sous forme de plan d'action distincts (par exemple, la réduction des primes). Par contre, pour d'autres domaines, la loi fédérale exige des plans d'action de la part des acteurs de mise en œuvre. Afin d'analyser la façon dont les cantons appliquent une loi on pourra se baser sur la deuxième sous-dimension du programme politico-administratif ou sur le plan d'action. Dans l'exemple de la politique de réduction des primes, les cantons concrétisent les objectifs abstraits de la loi en définissant les priorités (cercle des bénéficiaires), les postériorités (les assurés qui ne bénéficieront pas de réduction) ou encore le type d'accès aux bénéficiaires (recensement fiscal, demandes directes des assurés). Or, tous ces éléments sont définis au niveau législatif.

Cohérence entre l'arrangement politico-administratif et les objectifs concrets (2) :

Les analystes distinguent les « pré-décisions » prises au niveau de la législation d'exécution des cantons sur l'arrangement politico-administratif (répartition des compétences, mécanisme de coordination interne, communication avec d'autres services, etc.) de la mise en œuvre concrète de cette répartition de compétences. Précisément, la constitution concrète de cette attribution de compétences n'appartient pas au programme administratif et peut être considérée comme une étape indépendante d'une politique. Les lois fédérales étant mises en œuvre par les cantons, les structures d'exécution cantonales sont donc responsables en premier lieu de la mise en œuvre concrète des objectifs de la politique et influencent son succès. Les structures cantonales peuvent comprendre les services cantonaux concernés comme d'autres organes d'application (hôpitaux, EMS, CMS, etc.).

Dans ce contexte, l'analyse de l'adéquation des structures de mise en œuvre, montre dans quelle mesure ces dernières garantissent une application concrète et effective de la politique. Une évaluation doit donc montrer si les structures d'exécution cantonales garantissent une mise en œuvre concrète et effective d'une politique fédérale. La cohérence correspond dans ce cas à l'adéquation de la structure de mise en œuvre (répartition des compétences, des ressources financières, humaines et instrumentales des autorités responsables sur les structures et processus managériaux des unités administratives, etc.) avec les objectifs fixés par la politique.

Cohérence entre le plan d'action pour la mise en œuvre et les objectifs concrets (3) :

Les plans d'action ne sont pas présents dans toutes les politiques comme éléments distincts du programme politico-administratif. Pour autant, les lois fédérales exigent souvent que les cantons élaborent des programmes de développement, des plans directeurs, (etc.) dans lesquels ils définissent l'agenda de la politique et les priorités. Dans cette étape, le questionnement porte sur la définition des priorités, des coûts et des éventuels déficits de mise en œuvre. L'analyse se centre sur l'adéquation de la planification pour la mise en œuvre aux objectifs politiques. Une planification adéquate doit assurer une utilisation efficiente des ressources : est-ce que le choix des mesures et des ressources contribue plus que d'autres à résoudre le problème ? Il s'agit de la cohérence du/des plan/s d'action avec les objectifs poursuivis de la politique.

Cohérence entre les actes de mise en œuvre et les objectifs concrets (4) :

La cohérence entre les objectifs définis et les actes réellement produits (périmètre des actes de mise en œuvre) consiste en la distinction d'éventuels déficits de mise en œuvre déjà prévus au niveau de la planification (mise en œuvre complète même si elle ne couvre pas l'ensemble des zones où il y a pression objective du problème), de ceux qui résultent d'une exécution lacunaire (mise en œuvre incomplète). Il s'agit d'observer les éventuels glissements/écarts entre les objectifs définis et les actes réellement produits.

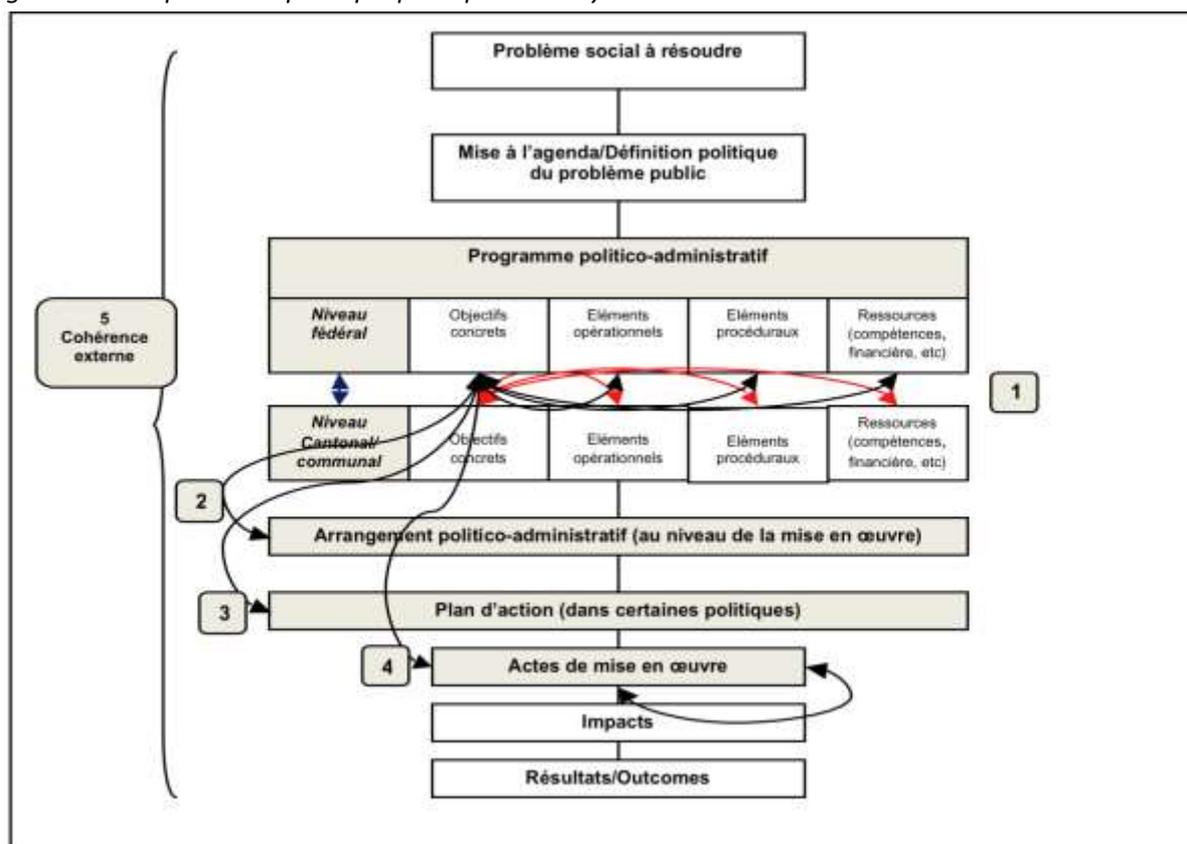
La cohérence du contenu des actes de mise en œuvre : il s'agit de l'analyse de l'adéquation et du renforcement mutuel des différents actes produits au sein d'une même politique. « *En effet, une absence de cohérence réduit fortement la portée substantielle d'une politique* » (Knoepfel et al. 2006, p.232). Comme exemple, l'obligation de s'assurer n'est pas cohérente avec une décision de suspension de prestations ou au contraire la réduction des primes est cohérente avec l'obligation de s'assurer. Il s'agit d'un problème de contradiction/non-contradiction et de renforcement entre des actes de mise en œuvre.

b) Analyse de la cohérence externe

La cohérence entre les programmes administratifs de la politique instituée avec d'autres politiques ayant un impact sur le problème public considéré est appelée *cohérence externe* (5). Au niveau des programmes administratifs, l'évaluation porte sur la cohérence externe (inter-politique), qui consiste en l'analyse de la compatibilité du programme d'action de la politique considérée avec les programmes d'action d'autres politiques (substantielles ou institutionnelles) ayant un impact direct ou indirect sur le problème public à résoudre (coordination inter-politique). Dans le cadre de la politique de santé suisse, par exemple s'agissant de la politique de réduction des primes, les politiques fiscale et familiale de chaque canton ont une influence sur celle de réduction des primes. Dans le cadre de la planification hospitalière, le nombre de lits hospitaliers peut être diminué si l'offre d'aide et de soins à domicile est développée. Soulignons en outre que la notion de cohérence (interne comme externe) ne doit pas être confondue avec d'autres critères d'évaluation d'une politique publique : effectivité, efficacité, efficience allocative, pertinence ou encore efficience productive.

Figure 1.1 : Etapes d'une politique publique et analyses de la cohérence (page suivante)

Figure 1.1 : Etapes d'une politique publique et analyses de la cohérence



3.3. Ethique fondamentale et appliquée

Dans la perspective de la recherche, l'analyse de la cohérence des politiques de santé est insuffisante si elle n'est pas complétée par la prise en considération des fondements éthiques qui sous-tendent les décisions. Pour rendre cette notion applicable à l'allocation des ressources du système de santé, les critères permettant son appréhension sont développés ci-après. Si, dans la société, la notion d'éthique semble à bien des égards omniprésente, elle n'en reste pas moins difficilement saisissable. Selon Bondolfi (1998, p.92), l'éthique constitue « une "sous-discipline" aussi bien de la philosophie que de la théologie et étudie les problèmes liés aux jugements de valeur moraux et aux normes liées à ces derniers. Elle cherche à fonder ces normes en utilisant des arguments qui sont censés être universalisables ». Cette définition exprime la difficulté à énoncer une interprétation claire de l'éthique. Dès lors, il convient de distinguer l'éthique *fondamentale* de l'éthique *appliquée*, qui « a connu tout récemment un fort développement en se structurant en sous-disciplines presque autonomes » (Bondolfi, 1998, p.93). Fort de cette distinction, on sera peu surpris de retrouver la présence et l'influence de la thématique éthicienne dans le domaine sanitaire.

Ethique et allocation des ressources

Pour faire tendre l'allocation des ressources vers une acceptation aussi unanime que possible, celle-ci doit ou devrait se baser sur des critères de justice. Plus la distribution sera ou du moins semblera juste, plus celle-ci sera acceptée du point de vue des acteurs. La recherche d'une acceptation maximale du principe d'une distribution appelle donc celui du nécessaire passage par la justice. Pour ce faire, le recours à la philosophie politique s'avère indispensable. « Le concept de justice, qui constitue, avec quelques autres comme la liberté, l'égalité ou le bien-être, un des principaux objets de recherche de la

philosophie politique contemporaine, ambitionne de jouer un rôle important dans la justification des politiques économiques et sociales élaborées par les Etats contemporains pour distribuer un certain bien-être » (Boitte, 1995, p.100). Si le lien entre justice et allocation des ressources semble apparaître plus évident, il reste à clarifier le rapport entre philosophie politique et éthique. A cet effet, Boitte établit que « cette approche de la philosophie politique s'avère en phase avec la conception du questionnement éthique (...). En effet, ce dernier porte moins sur la détermination formelle de ce qui constitue l'éthique comme telle, sur son essence, que sur le contenu de l'éthique et donc, notamment, sur les normes qui doivent guider l'action » (Boitte, 1995, p.100). Cette pratique renvoie donc aux limites intrinsèques de la définition de l'éthique, tout en préconisant également, pour une meilleure compréhension du concept, la prise en considération des dimensions qui la constituent, en passant justement par une approche de la philosophie politique. Trois approches de philosophie politique (utilitariste, libertarienne et de l'équité) permettent de cerner les grands principes potentiellement mobilisables comme critères éthiques.

L'approche utilitariste voit la recherche du bien-être individuel comme seule préoccupation de justice. Afin de définir ce bien-être, la théorie utilitariste repose sur la mise à jour d'utilités, comprises comme la révélation des préférences des acteurs. Partant, une allocation optimale et juste des ressources doit se faire dans une optique de maximisation de l'utilité collective, en tant qu'agrégation des utilités individuelles des individus, dans le cadre donné du caractère limité des ressources. « Devrait être choisie la politique qui aura comme conséquence de produire la plus grande quantité de bien-être collectif » (Boitte, 1995, p.107). Plus l'utilité collective sera élevée, plus juste sera la distribution des ressources. De cette approche découlent les notions d'*efficacité* et d'*efficience*, toutes deux utilisées en vue de la maximisation des utilités. En effet, pour atteindre une utilité collective maximale, on suppose que l'allocation des ressources se doit d'être efficace et efficiente. A ce titre, Legrand-Germanier (2007, p.17) estime que « l'efficience est une condition de justice à travers l'exigence d'une allocation optimale des ressources ».

L'approche libertarienne se caractérise par une valeur centrale : la liberté, sensée régir le comportement des individus. « L'homme libre est un propriétaire : il est d'abord propriétaire de lui-même – de sa vie, de son corps, de sa santé, de sa liberté – et ensuite propriétaire des biens qu'il s'est approprié "légitimement" » (Legrand-Germanier, 2007, p.117). Considéré comme absolu, inviolable et inaliénable par les tenants de ces théories, le principe de liberté et son corollaire, la propriété, doit être défendu par l'Etat qui voit en cette action son principal rôle. Pour le reste, le marché satisfait à l'organisation de la société et à l'allocation des ressources, selon des critères basés sur le besoin ou le mérite et découlant également des critères de préférence de chacun en matière de consommation. La justice dans cette approche consiste donc à garantir la liberté individuelle. L'approche libertarienne considère tout acte de redistribution comme fondamentalement illégitime, dans le sens où celui-ci s'oppose nécessairement au droit individuel de liberté. Cette approche, en s'opposant au principe même de justice distributive, ne s'oppose nullement aux inégalités, du moment que celles-ci sont fondées sur le marché. De la sorte, l'approche libertarienne ne laisse aucune place au bien commun dans son cadre d'application. Il devient dès lors assez clair que cette approche de la justice ne peut être utilisée comme cadre théorique du domaine sanitaire, caractérisé justement en tant qu'instrument de la justice redistributive. Indépendamment de ces travers, il reste vrai que la notion de liberté doit être considérée comme un critère éthique important.

L'approche de l'équité est issue de la pensée de John Rawls, qui, dans son ouvrage « Théorie de la justice » vise à dépasser les limites des approches précédemment développées. Rawls procède en

faisant délibérer des personnes placées sous un « voile d'ignorance », c'est-à-dire, en ne leur révélant pas leur position dans la société, sur la conception du Bien, de la justice. « Cette fiction pose que les conditions équitables de la délibération feront en sorte de rendre équitables les résultats mêmes de cette délibération (...)» (Boitte, 1995, p.136).

Le premier principe émergeant ainsi de la théorie rawlsienne postule une égale liberté pour les individus (principe d'égale liberté). Rawls conçoit cela en permettant que « chaque personne [ait] un droit égal au système le plus étendu de liberté qui soit compatible avec le même système pour les autres », soit une application philosophique du proverbe « la liberté de l'un s'arrête où commence celle de l'autre ». Ainsi, Rawls récuse le principe d'une société inégalitaire. Basé sur le socle égalitaire, il envisage un système de « biens sociaux premiers » compris comme « les conditions et les moyens généraux dont chacun a besoin pour mener à bien son projet de vie, quel qu'il soit » (Boitte, 1995, p.138). A ce principe, Rawls accole celui de la différence, qui vise à traiter d'une manière différente deux situations distinctes. « L'état social et économique le plus juste sera, selon ce principe, celui qui rend la meilleure possible la position du sociétaire le plus défavorisé, c'est-à-dire qui maximise sa quantité de biens premiers, dont s'occupe le principe de différence » (Boitte, 1995, 140). L'application de ce principe, également nommé « équité verticale », implique une différence de traitement bénéficiant au plus défavorisé. Elle repose sur l'acceptation d'une inégalité de traitement de la part du plus favorisé. Cette acceptation semble être intimement liée au principe de solidarité, qui « exprime une relation entre personnes ou groupes sociaux ayant conscience d'une communauté d'intérêt. Elle entraîne une obligation morale de ne pas desservir les autres et de leur porter assistance» (Fragnière, 2002, p.197). La notion de solidarité se constitue de plusieurs définitions possibles (Kausch, 2007). « Le philosophe Pierre Leroux est le premier, en 1839, à penser la notion de solidarité sur un plan exclusivement philosophique. (...) La solidarité est (...) pensée en corrélation avec un autre principe dont l'importance, propagée par la Révolution française, est alors toute récente : l'égalité» (Kausch, 2007, p.76). La solidarité peut donc être considérée comme part entière ou présupposé du principe de différence. Selon la place qu'on décide de lui accorder cette notion pourra être retenue comme un critère éthique. Enfin, Rawls estime que le principe de différence doit être subordonné aux principes d'égale liberté et d'égalité équitable des chances. Les potentielles inégalités de traitement découlant du principe de différence doivent satisfaire à ces deux conditions pour être considérées comme justes. Il établit ainsi une hiérarchie entre les principes (Rawls, 2003, p.70). Le deuxième principe à respecter avant d'appliquer le principe de différence est qu'il faut que chacun puisse potentiellement avoir accès aux avantages tirés des inégalités. Dans la pratique, cela se traduit par le fait que chacun, indépendamment de son origine sociale par exemple, puisse avoir accès aux avantages qui caractériseraient une société inégalitaire. Rawls définit cet accès égalitaire à l'inégalité de la manière suivante : « à supposer qu'il existe une distribution des dons innés, ceux qui ont le même degré de talent et de capacité, ainsi que la même motivation pour les utiliser, doivent avoir les mêmes perspectives de succès, quelle que soit leur classe d'origine, celle dans laquelle ils sont nés et ont grandi jusqu'à l'âge de raison» (Rawls, 2003, p.71). De la sorte, Rawls assure une égalité non plus formelle, mais de fait. Et puis, l'efficacité, point central de la théorie utilitariste, se lit dans la théorie rawlsienne « lorsque les plus défavorisés sont reconnus comme étant le pôle de référence pour évaluer la justice d'une société, à partir de la nécessité de rendre la meilleure possible leur répartition de biens premiers » (Boitte, 1995, p.145). Pour atteindre ce but, Rawls se sert du principe de *maximin* (contraction de maximisation du minimum) qui revient à maximiser la part de ceux qui se retrouvent dans la position la plus défavorisée. Là encore, le critère de la théorie utilitariste est repris en lui donnant un cadre neutralisant ses possibles dérives inégalitaires.

Les tensions entre ces trois valeurs principales (équité, efficacité et liberté) se retrouvent dans le domaine sanitaire. Cette présence exprime l'importance des choix éthiques dans les processus d'allocation des ressources. En termes de planification, si l'on imagine une petite structure hospitalière qui répond aux besoins d'une région périphérique (équité verticale), qu'en est-il de son efficacité ? L'industrie pharmaceutique investit-elle les mêmes moyens pour la recherche concernant une maladie orpheline que pour une maladie dont la prévalence est plus importante (équité verticale) ? Ces deux questions démontrent l'utilité du passage par la philosophie politique.

Critères éthiques et LAMal

Sur la base de ces références théoriques est appréhendée la loi fédérale sur l'assurance maladie LAMal, pièce maîtresse du système sanitaire suisse, dans le but d'en faire émerger les *grands principes* qui la régissent. La LAMal fait partie intégrante du système helvétique d'assurances sociales, ce qui l'associe étroitement au concept de justice distributive. Cette législation doit donc rassembler une partie des critères mis en évidence dans l'analyse des différentes approches théoriques éthiques.

Le message du Conseil fédéral (1991) édicté à l'adresse du Parlement pour la révision de la loi sur l'assurance-maladie insiste en premier lieu sur les dysfonctionnements de la précédente législation (LAMA) et débouche sur l'énoncé des grandes lignes de la révision (LAMal). Le Conseil fédéral affiche sa volonté de donner une indiscutable assise au principe de solidarité, qui s'affirme en tant que principe central de la LAMal. « A ses yeux, cette solidarité devait être multiple, entre bien-portants et malades, entre jeunes générations et anciennes générations, entre personnes aisées et personnes à ressources modestes, entre hommes et femmes, entre assureurs enfin » (Conseil fédéral, 1991, p.102).

Concrètement, l'introduction du principe de l'obligation d'assurance (chapitre 2, art. 3-8 LAMal) pour l'ensemble de la population est une des nouveautés essentielles de la LAMal et fait figure de fondement indispensable au principe de solidarité tel que souhaité par le Conseil fédéral. Alors qu'auparavant la LAMA repose sur une base essentiellement volontaire, il est désormais obligatoire de souscrire à une assurance-maladie au sein de la LAMal. Cette disposition met sur un pied d'*égalité* l'ensemble des citoyens suisses. Elle évite que des personnes, pour des raisons qui leur sont propres (pari sur la bonne santé, situation financière favorisée ou défavorisée, etc.) ne souscrivent à aucune assurance-maladie. De tels « choix » se traduiraient dans les faits par une désolidarisation envers les personnes qui nécessitent une assurance-maladie. Par ailleurs, l'obligation de s'assurer évite que l'aide sociale soit contrainte de prendre en charge les dépenses en prestations de santé des personnes défavorisées et dépourvues d'assurance-maladie. L'obligation de s'assurer affirme ainsi l'existence d'une communauté de fait, permettant l'instauration effective du principe de solidarité. Celle-ci est par ailleurs étroitement liée à un autre principe clé du système sanitaire suisse : l'*accès universel aux soins*, qui concrétise l'*égalité* de traitement. Ainsi, en théorie, tout un chacun peut accéder au catalogue des prestations contenues dans l'assurance obligatoire des soins sans qu'il ne soit fait état de barrières reposant sur des critères d'âge, de genre, de statut social ou d'origine. Ce catalogue est défini aux articles 24 à 31 de la LAMal. Le message note que ce dernier est « nettement plus étoffé que le catalogue (...) de l'article 12 LAMA [et que] de par son caractère exhaustif, [il] garantira l'accès à des prestations uniformes pour les assurés » (Conseil fédéral, 1991, p.132).

Dans les faits, tous les assurés ne sont pas égaux face à la maladie, notamment en regard des pratiques de financement. Ainsi si les primes d'assurance-maladie sont pour un même canton, pour une même région et pour une même caisse, *égales* pour l'ensemble des assurés (abstraction faite des différences

de franchises et des trois catégories d'âge considérées), elles n'en restent pas moins peu équitables. Les primes peuvent en effet être perçues comme une taxe, ce qui rend le système inéquitable compte tenu du poids de ces primes sans rapport à la composition familiale ou aux revenus des personnes et des ménages. Dans ce contexte, la réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics (section 4) en faveur des assurés économiquement modestes introduit une certaine part d'équité dans le financement du régime. Cette intervention de l'Etat peut être interprétée sous l'angle de la théorie rawlsienne en vertu du principe de différence. Le versement de subsides permet ainsi de traiter différemment des situations plurielles en tentant d'améliorer la position des plus défavorisés.

Selon une logique semblable, la promotion de la santé (section 3, art. 19-20 LAMal) vise à instaurer une part d'équité en ciblant certains sous-groupes particuliers de population, dont on peut supposer (sur la base d'études objectives) qu'ils sont défavorisés dans la « course à la bonne santé ». Nous retrouvons ici aussi une forme d'application du principe de différence.

S'agissant des assureurs, pour être autorisés à pratiquer l'assurance sociale (art. 14, al. 2a LAMal), ils doivent appliquer « le principe de la mutualité, garantir l'égalité de traitement des assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci ». Cet article réaffirme le principe d'égalité de traitement et celui de la mutualité. Despland (2002) constate que à ce sujet que le Tribunal fédéral des assurances a précisé le contenu de la notion de mutualité [comme relevant d'une] communauté de risques dans laquelle les membres se garantissent les mêmes avantages en excluant toute idée de bénéfice ». Cette définition sous-tend l'expression d'une solidarité entre les risques.

Par ailleurs, le système sanitaire suisse accorde une large part de *liberté individuelle*, notamment par le libre-choix de la caisse-maladie (art. 4 et 7 LAMal) et du type d'assurance-maladie (art. 62 LAMal). Cet accent mis sur le libre-choix et l'individualisme s'accompagne toutefois d'un certain cadre (art. 6 LAMal pour le contrôle et l'affiliation d'office ; art. 41a LAMal obligation d'admission) visant à réduire autant que possible les incertitudes. Ce « filet de sécurité » peut également être interprété comme une volonté d'instaurer une égalité entre les citoyens. De la sorte, on pourrait concevoir l'enchevêtrement des différents principes éthiques, comme relevant du libéralisme égalitaire rawlsien.

De la LAMal émergent d'autres objectifs encore, qui ne sont que partiellement liés à l'idée de justice distributive. Ainsi, la loi prévoit (art. 32, al. 1 LAMal) que les prestations prises en charge soient « efficaces, appropriées et économiques ». Ces conditions, si elles ne semblent pas être à proprement parler des critères éthiques, peuvent faire néanmoins office de sous-dimensions, car elles renvoient aux critères d'efficacité technique et d'efficacité allocative. Elles s'inscrivent dans la perspective globale de justice et correspondent ainsi au cadre général émis par le Département fédéral de l'intérieur, lorsqu'en 2002, il détermine les objectifs que devrait atteindre un système de santé moderne, à savoir (Legrand-Germanier, 2007, 33-34) : garantir à toute la population un accès aux soins appropriés, ce qui exige une structure adéquate et une égalité des chances pour tous ; être efficace ; répondre aux besoins et rester maîtrisable ; l'utilisation des ressources être efficiente. La lecture de la LAMal en vue d'en faire émerger de grands principes éthiques se révèle assez peu probante, même si certains de ses éléments ont une réelle dimension éthique (solidarité, équité, efficacité) et figurent à cet égard dans la loi. Et puis, fait central, la LAMal s'inscrit dans le cadre de la justice distributive. Dès lors, la présence de ces quelques principes comporte une certaine logique.

Si, tant théoriquement que pratiquement, la dimension éthique est indissociable du processus allocatif des ressources de santé, l'objectivation de cette dimension s'avère particulièrement complexe à saisir et

à réaliser dans le cadre de la recherche. La question éthique est à la fois transversale aux différents processus de décision analysés et propre à chacune des problématiques, en regard de ses spécificités. Elle ne saurait d'aucune manière s'appréhender ou se conjuguer uniformément pour les cinq thématiques. Il n'y a donc ni « standard éthique » commun pour fonder une décision, ni critères communs d'évaluation de celle-ci. En fonction de l'objet d'étude, la question éthique peut ainsi apparaître comme plus ou moins pertinente, globalement ou partiellement, ou plus ou moins sensible. Les fondements politiques et exigences législatives ou le positionnement et le rôle des acteurs intervenant dans le processus de décision de chaque domaine d'intervention sanitaire vont dès lors conférer à la problématique éthique une dimension systématiquement particulière.

Analyse

C'est en regard de ces différentes références théoriques et méthodologiques que seront analysés les cinq domaines qui constituent l'objet d'étude :

1. La planification hospitalière : chapitre 2
2. Le financement des soins : chapitre 3
3. La réduction des primes d'assurance-maladie : chapitre 4
4. La clause du besoin en matière de démographie médicale ambulatoire : chapitre 5
5. Les médicaments : chapitre 6

Chaque chapitre traitant d'une problématique comportera ses propres conclusions. Le chapitre 7 final présente une conclusion générale de la recherche et quelques réflexions prospectives.

Références bibliographiques

Législation fédérale (lois, initiatives, motions, postulats)

Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst.) du 18 avril 1999 - RS 101.

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) – RS 832.10.

Conseil fédéral (1991). *Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie*. Berne : Conseil fédéral.

Ouvrages/Thèses

Achtermann Wally, Berset Christel (2006). *Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Analyse et perspectives Volume 1*. Berne : OFSP.

Bolgiani Iva (2000). *L'application de la nouvelle gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier : une approche comparative*. Thèse de doctorat. Genève : Sciences économiques et sociales.

Boitte Pierre (1995). *Ethique, justice et santé, Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*. Montréal-Namur : Ed. Artel-Fides.

Bondolfi Alberto (1998). Ethique. In Fragnière Jean-Pierre & Girod Roger. *Dictionnaire des politiques sociales* (pp. 92-93). Lausanne : Ed. Réalités sociales.

Knoepfel Peter, Larrue Corinne & Varone Frédéric (2006). *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Zürich/Chur : Verlag Rüegger.

Legrand-Germanier Valérie (2007). *Le système sanitaire entre justice et maîtrise des coûts*. Genève : Sciences économiques et sociales.

Meilland Philomène (2006). *Quelle solidarité dans l'assurance maladie en Suisse*. Lausanne : Faculté des sciences sociales et politiques.

OCDE (2006). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : La Suisse*. Paris : OCDE

OFS (2011). *Coût et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente*. Neuchâtel : OFS.

OMS (1984). *Glossaire de la série « Santé pour tous »*. Volumes N° 1 à 8. Genève : OMS.

OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève: OMS.

Oxford University (2007). *A Dictionary of Public Health*. Oxford : Ed John M. Last, Oxford University Press.

Picciotto Robert (2004). *Document de réflexion : évaluation de la cohérence des politiques et des progrès du développement. Concepts, problèmes et approches possibles*. Paris : OCDE.

Rawls John (2003). *La justice comme équité, une reformulation de théorie de la justice*. Paris : La découverte.

Rossini Stéphane (2009). *Les défis de l'innovation dans le système de santé*. Lausanne: EESP.

Santos-Eggimann Brigitte (2005), *Is There Evidence of Implicit Rationing in the Swiss Health Care System?* Lausanne: Institute of Social and Preventive Medicine, University of Lausanne.

Vuilleumier, Mathieu ; Pellegrini, Sonia ; Jeanrenaud, Claude (2007). *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel : OFS.

Articles

Académie suisse des sciences médicales (2007). *Le rationnement au sein du système de santé suisse. Analyse et recommandations. Projet « La médecine en Suisse demain », phase 3*. Bâle : ASSM.

Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I. (2002), Évaluation des technologies de la santé: contexte économique et politique. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9 (1), pp.43-58.

Contandriopoulos André-Pierre (2003). Inertie et changement. *Ruptures*, 9 (2), 4-31.

Contandriopoulos André-Pierre (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée vers la performance. *Santé publique*, 2, 191-199.

Fornerod Delphine (2007). L'examen et les recommandations de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse. *Sécurité sociale*, 1, 38-43.

Frith L. (1999), Priority Setting and Evidence Based Purchasing. *Health Care Analysis*, 7 (2), pp. 139-151.

Kausch Hubert (2007). La solidarité comme principe éthique. *Sécurité sociale*, 2, 76-79.

OMS (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

Schubert M., Schaffert-Witvliet B., Glass T., De Geest S. (2004), *Effects of Rationing in Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes*. Basel : Institute of Nursing Science, University of Basel.

Conférence

Contandriopoulos André-Pierre (1999). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? Quelques idées sur la transformation des systèmes de santé. Notes pour la conférence du 24 mars 1999. *Le managed care et les NOPS*, organisée par le Département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud.

Ressources – internet

Despland Béatrice. *Mutualité (Principe de la)*.

Récupéré de : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=521>

Dialogue sur la politique nationale de santé.

Récupéré de : <http://www.nationalegesundheit.ch/fr/le-dialogue/contexte/index.html>

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1.1 : Coûts du système de santé selon les prestations, millions frs, 2003 et 2008 (OFS, 2011).....	21
Tableau 1.2 : Logiques de régulation	31
Tableau 1.3 : Thèmes de la recherche, acteurs et niveaux d'allocation	32

Figures

Figure 1.1 : Etapes d'une politique publique et analyses de la cohérence	39
--	----

Chapitre 2

Planification hospitalière

1. Notion, processus, méthode

La notion de planification hospitalière recouvre de multiples aspects qu'il convient de cerner pour comprendre cette pratique dans son ensemble. Ainsi, la planification hospitalière doit être d'abord considérée comme un processus par lequel les autorités d'une région donnée structurent et régulent, à un moment donné, leur système hospitalier. Une planification hospitalière se compose en principe d'une analyse des besoins en prestations (donc en infrastructures et en lits) débouchant sur un ensemble de mesures et moyens à mettre en œuvre pour que l'offre y réponde. Longtemps, les autorités en charge de la planification ont utilisé pour référence principale le nombre de lits, la planification étant alors une question de capacités. Les instruments de planification ont toutefois évolué avec le temps, l'état des connaissances, l'avancement des technologies et l'évolution des pratiques médicales. Désormais, la planification se construit de manière plus générale et est orientée par les prestations. De plus, elle s'inscrit en principe dans le cadre plus global d'une planification sanitaire, qui intègre un ou plusieurs autres prestataires de soins, tels que les établissements de soins de longue durée, les établissements médico-sociaux (EMS), voire les services d'aide et de soins à domicile (SSAD). Dans les faits, l'activité de la planification hospitalière réside dans l'organisation et/ou la réorganisation des prestations allouées, des sites et des disciplines. Cette réorganisation peut prendre comme point d'ancrage une concentration de certaines disciplines, accompagnée (ou non) de changements de missions, de fermetures d'établissements hospitaliers ou de mise en réseau de différents établissements hospitaliers.

La planification hospitalière comporte une dynamique temporelle essentielle, inscrite dans la durée. Elle oblige les autorités sanitaires à la traiter comme un processus continu devant être sans cesse réactualisé. Davantage qu'une étape ponctuelle intervenant à un moment donné, comme ce fut le cas par le passé, elle s'avère maintenant une pratique permanente des autorités sanitaires.

Au-delà des enjeux fondamentaux des nombreux processus de planification hospitalière entrepris dans les différents cantons suisses depuis plusieurs décennies, cette problématique est étonnamment peu étudiée. La littérature scientifique ne s'est que très peu intéressée à la planification hospitalière sous l'angle global de problème public. Après l'entrée en vigueur de la LAMal, en 1996, quelques travaux appréhendent la planification hospitalière sous divers aspects, notamment sa mise en œuvre cantonale et ses aspects méthodiques. Bien que la thématique de la planification hospitalière ait été abordée dans les débats politiques tant au Conseil national qu'au Conseil des Etats dans le cadre de l'adoption du paquet de révision LAMal consacré au financement hospitalier⁴, aucun document ne présentant un

⁴ Adopté le 21 décembre 2007

instantané de la situation n'est disponible pour relater le processus d'évolution des différentes planifications hospitalières cantonales.

Une partie de la recherche est ainsi consacrée à la présentation des développements historiques de ces processus cantonaux et à leurs conséquences sur la définition des ressources y allouées. Pour chaque canton traité, une synthèse des principales étapes du processus de planification et des contenus décisionnels qui y sont inhérents est réalisée. Cette partie constitue le matériau indispensable pour cerner les différents éléments permettant d'appréhender et d'apprécier la cohérence des processus de planification.

Rappelons que cet objet d'étude est en constant mouvement et subit actuellement de profondes transformations, en raison de l'entrée en vigueur de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie consacrée au financement hospitalier (1 janvier 2012) et de la poursuite des planifications cantonales. Cette situation particulière accroît l'importance de l'analyse de ce domaine tout en la rendant plus délicate en raison des rapides changements qui interviennent. Ces moments sont par contre d'un grand intérêt s'agissant de l'étude des méthodes et critères de planification institués par les cantons.

1.1. Repères historiques

Le processus de planification hospitalière a débuté en Suisse dans les années 1960 (Gilliand, 1969). Il s'agissait à cette époque de recenser l'offre hospitalière et d'évaluer les besoins futurs. Parmi les principaux facteurs d'influence sous-tendant et légitimant la démarche planificatrice, on relevait déjà les progrès techniques, par la réduction de la durée moyenne d'hospitalisation, le vieillissement démographique et la pression liée à l'augmentation des coûts hospitaliers représentent. Ces quatre facteurs dominants sont à l'origine des diverses réflexions et mesures de redimensionnement des systèmes hospitaliers cantonaux (Donzé, 2003). La planification hospitalière entre ensuite dans une seconde phase, qui débute dès le milieu des années 1970 et qui s'accélère durant les années 1990 (Donzé, 2003). Découlant de l'évolution de la prise en charge hospitalière, une surdotation en lits hospitaliers est constatée, ce qui amène différents cantons à transformer des hôpitaux de soins aigus, en centres de transition et de réadaptation, en établissements de soins de longue durée, voire en établissements médico-sociaux. Ce changement de mission intervient souvent en lien avec une mise en réseau des institutions hospitalières, voire une mise en réseau plus globale du système sanitaire. La planification hospitalière sert alors de support à ces changements. Dans le cadre de l'élaboration de la LAMal, la planification hospitalière est considérée notamment comme un instrument servant à la maîtrise des coûts du système sanitaire et à l'accroissement de la qualité.

En comparant les différentes planifications cantonales, trois périodes apparaissent :

1. Antérieurement à LAMal. La première période de planification hospitalière commence aux alentours des années 1960 et court jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal. La planification hospitalière telle qu'effectuée durant cette période se caractérise par un recensement des structures hospitalières existantes. L'accent est mis sur l'existence d'une offre adéquate pour répondre aux besoins, sans que l'ampleur de l'offre ne soit fondamentalement remise en question.
2. De la mise en œuvre de la LAMal à la révision de 2007. La seconde période débute en 1996, date d'entrée en vigueur de la LAMal, et court jusqu'en 2007, date à laquelle une révision est adoptée. Cette période se caractérise par une modification importante de l'offre (concentrations

hospitalières, mises en réseau – hospitalière et sanitaire - regroupements des structures, collaborations intercantionales).

3. Mise en œuvre de la seconde révision de la LAMal. La dernière période débute à l'acceptation par les Chambres fédérales du paquet 2a (Financement hospitalier) dans le cadre de la seconde révision de la LAMal. Ce point de repère a été retenu car cette révision contient des nouveautés législatives relatives au domaine de la planification hospitalière. Cette période s'étend de 2007 jusqu'à nos jours.

1.2. Eléments méthodologiques

La recherche traite, dans un premier temps, des éléments juridiques inhérents aux processus de planification hospitalière, dont l'évolution des bases légales. Dans un second temps, le système hospitalier est appréhendé sous l'angle de la description quantitative. Comme énoncé, il n'existe pas d'historique systématique et concis des processus de planifications hospitalières cantonales. Une partie historique comble cette lacune par la description des pratiques cantonales. On procédera ensuite à des comparaisons intercantionales. Dans l'analyse, une large place sera accordée aux acteurs, aux instruments de démocratie semi-directe, aux processus temporels et aux différents types de collaborations intercantionales.

1. Définition du problème public

En lien avec différents facteurs (progrès technologique, évolution démographique, etc.), il est avéré que le système hospitalier suisse est surdimensionné, que ce soit en nombre d'hôpitaux ou en nombre de lits. En Suisse, la problématique de ce surdimensionnement hospitalier a été abordée dans le débat public lors du départ en retraite de Thomas Zeltner, directeur de l'Office fédéral de la santé publique OFSP qui, à l'automne 2009, estimait qu'il fallait supprimer une centaine d'hôpitaux (sur 320 établissements) (Zeltner, 2009). Quelques semaines plus tard, le Conseiller fédéral Pascal Couchepin, également lors de son départ, estimait qu'il conviendrait de fermer 200 hôpitaux (Vuistiner, 2009). Au plan académique, la question a notamment été développée par De Wolf (2002) qui proposait trois plans de réorganisation hospitalière pour la Suisse, se basant respectivement sur le maintien de 30, 40 ou 50 établissements hospitaliers.

Au centre de la question de l'allocation des ressources, le surdimensionnement hospitalier donne à penser que les ressources ne sont pas utilisées de manière optimale. Le surdimensionnement entraîne plusieurs conséquences néfastes en terme de santé publique. L'économie du domaine sanitaire se caractérise par la loi particulière de l'induction de la demande par l'offre, à savoir que si une offre existe, une demande viendra la combler sans que celle-ci ne soit nécessairement fondée en terme de santé publique. Résultent alors des surcoûts peu bénéfiques pour la santé de la population. De plus, la surdotation hospitalière, qui renvoie à la notion de masse critique, nécessaire à la qualité des soins dispensés. Certaines prestations requièrent ainsi un nombre minimum de cas pour qu'elles puissent être pratiquées avec une certaine qualité. Or, si ces cas traités sont dispersés dans de multiples structures, il ne sera pas possible d'atteindre une masse critique assurant cette qualité.

2. Objectifs

La maîtrise des coûts et la qualité des prestations sont deux objectifs et exigences imposées par la LAMal. Or la surdotation en lits hospitaliers et une mauvaise répartition des disciplines vont à l'encontre du principe de cohérence sanitaire (voir point 4 ci-dessous). Pour atteindre ces objectifs, souvent repris dans les objectifs cantonaux, il convient de faire correspondre le nombre de lits aux

besoins effectifs, afin qu'une surdotation hospitalière ne crée pas de demande superflue et inutilement coûteuse. Il s'agit aussi de procéder aux regroupements permettant d'atteindre la masse critique qualitative et d'éviter des financements d'équipements coûteux.

3. Ressources

La planification hospitalière se distingue des autres objets d'analyse dans le sens où la majorité des ressources – particulièrement les lits hospitaliers - est déjà allouée. L'enjeu de cette allocation des ressources porte dès lors davantage sur son bien-fondé que sur la distribution de nouvelles ressources. Il s'agit de faire correspondre ces ressources aux besoins réels, en intégrant les principes d'économicité et de qualité. Les ressources que l'on retrouve dans la planification hospitalière sont bien évidemment les lits hospitaliers, eux-mêmes en étroit rapport avec la question du nombre de prestations, la répartition des disciplines et finalement le nombre même des établissements hospitaliers.

4. Eléments opérationnels, instrumentaux, procéduraux

La planification elle-même est le premier de ces éléments. Elle se décompose en plusieurs éléments opérationnels, énoncés dans la législation relative à la planification hospitalière, et qui servent à définir le principe de cohérence. Ce sont :

- L'économicité (LAMal, art. 39, al. 2ter)
- La qualité (LAMal, art. 39, al. 2ter)
- La statistique (OAMal, art. 58b, al. 1)
- Les comparaisons (OAMal, art. 58b, al. 1)
- Le réexamen régulier des planifications (OAMal, art. 58a, al. 2)
- L'efficacité (OAMal, art. 58b, al. 5, let. a)
- La coordination intercantonale (LAMal, art. 39, al. 1)

5. Question de cohérence

Ces éléments opérationnels permettent d'appréhender la question de la cohérence selon divers angles : la prise en considération ou non de ces éléments opérationnels ; la cohérence de pratiques entre les cantons ; la cohérence de pratique entre le niveau fédéral qui édicte par la LAMal les règles du jeu et la concrétisation au niveau des cantons. On dira d'une planification hospitalière qui intègre autant que possible ces divers éléments qu'elle tend vers la cohérence.

2. Bases légales

2.1. Constitution et niveau fédéral

Selon la Constitution fédérale, les tâches étatiques, dont relève la planification hospitalière, sont réparties entre les trois niveaux Confédération, cantons et communes selon le principe de subsidiarité. « *L'attribution et l'accomplissement des tâches étatiques se fondent sur le principe de subsidiarité* » (Constitution fédérale, art. 5a). Dans les faits, le principe de subsidiarité prévoit que les tâches étatiques sont assumées par l'un ou l'autre niveau selon une clé de répartition donnée. Les articles 42 et 43 de la Constitution définissent le partage des tâches entre Confédération et cantons. Ainsi, « *la Confédération accomplit les tâches que lui attribue la Constitution* » (Constitution fédérale, art. 42) et « *les cantons définissent les tâches qu'ils accomplissent dans le cadre de leurs compétences* » (Constitution fédérale, art. 43). La planification hospitalière ne figurant pas dans les tâches attribuées spécifiquement à la

Confédération, elle incombe donc, selon le principe de subsidiarité, aux cantons. Plusieurs normes régissent le système de santé publique suisse. Trois phases ont été mentionnées ci-avant : celle antérieure à la LAMal, entrée en vigueur en 1996 ; celle allant de la mise en œuvre de la LAMal à sa révision de 2007 ; celle intervenant depuis la révision LAMal de 2007. Dans le détail :

Antérieurement à LAMal

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal, le système sanitaire est notamment régi par la Loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie (LAMA). Bien qu'en décalage avec la réalité de l'évolution du système sanitaire, plusieurs tentatives de révision de cette législation se sont soldées par des échecs. La loi sera appliquée jusqu'au 31 décembre 1995. La LAMA comprend des articles en lien avec les établissements hospitaliers, mais cet aspect se limite à régler la prise en charge des coûts par les caisses-maladies et le choix de l'établissement hospitalier pour le patient (LAMA, art. 19 bis). La notion même d'établissement hospitalier n'est pas précisée dans la LAMA, bien qu'on la trouve dans une ordonnance datant de 1965. Ainsi, selon l'ordonnance III sur l'assurance-maladie du 15 janvier 1965 concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération (art. 23, al. 1), « sont réputés établissements hospitaliers les établissements ou divisions d'établissements dans lesquels des malades sont traités sous direction médicale ».

Le Message du Conseil fédéral relatif à la LAMal insiste sur le manque de bases juridiques relatives à la problématique hospitalière. Au sujet de la notion d'établissement hospitalier, il rappelle que « cette définition trop concise a été complétée et affinée par la jurisprudence au cours des années ». En outre, le même message rappelle que la LAMA est vague quant à la question du financement des établissements hospitaliers, respectivement sur les conditions de remboursement des prestations par les caisses : « (...) celui qui aimerait savoir quelles sont les conditions qu'un hôpital doit remplir (...) afin d'être remboursé, en tant que fournisseur de prestations, par l'assurance-maladie sociale ne trouve aucun point de repère dans la loi (...) » (Conseil fédéral, 1991, p.148). Il apparaît clairement que ni la question hospitalière, de manière générale, ni la planification hospitalière, ne sont réglées dans LAMA. Par conséquent, elles sont du ressort cantonal. Les lois cantonales de santé publique contiennent des parties traitant du secteur hospitalier, de son organisation et de son financement. Ces législations spécifiques associent par ailleurs souvent les deux niveaux institutionnels que sont le canton et les communes, les structures hospitalières étant parfois propriété des communes.

De la LAMal à la révision de 2007

La mise en œuvre de la LAMal, au 1er janvier 1996, accorde au système hospitalier une place prépondérante en raison notamment des coûts importants qu'ils génèrent : « (...) l'hôpital est en général (...) le fournisseur de prestations dont l'augmentation des coûts a le plus de poids » (Conseil fédéral, 1991, p.148). Dans cette perspective, la LAMal contient une typologie des institutions qui distingue hôpitaux, institution de soins semi-hospitaliers, établissements médico-sociaux et établissements de cure balnéaire (art. 35, al. 2. let. h-l LAMal). Dans la perspective de la maîtrise des coûts hospitaliers, la LAMal opère un lien entre l'admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour un établissement hospitalier et le fait que cet établissement corresponde aux besoins de la population en soins hospitaliers ce qui se traduit par son inscription sur la liste cantonale hospitalière. La planification hospitalière est ainsi comprise comme un outil servant à évaluer les besoins en soins hospitaliers. Selon la LAMal (art. 39, al. 1), « les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu

hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis [à pratiquer à charge de l'AOS] s'ils : (...) d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ; e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats ».

La seconde révision LAMal

Le projet 2a de la révision LAMal de 2007 traite du passage au financement dual fixe des hôpitaux. Parmi les modifications législatives, l'une concerne l'article 39 LAMal. Un nouvel alinéa, entré en vigueur au 1er janvier 2009, stipule que « *les cantons coordonnent leurs planifications* » (LAMal, art. 39, al. 2). Avant cette révision, rien n'oblige les cantons à agir de la sorte, ceux-ci pouvant planifier leur système hospitalier de manière totalement autonome sans tenir compte des démarches entreprises par les cantons voisins. Cette même révision introduit un nouvel alinéa 2bis qui sert de base légale pour la planification hospitalière relative à la médecine hautement spécialisée. « *Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales* ». Enfin, l'alinéa 2ter précise les modalités de planification. Toute planification hospitalière se doit de répondre à des impératifs de qualité et d'économicité. « *Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique.* » (LAMal, art. 39, al. 2ter). Aucune indication supplémentaire ne figure dans la LAMal quant à la définition des notions de « qualité » et de « caractère économique ».

L'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) ne contient aucun article précisant la question de la planification hospitalière. L'OAMal est modifiée le 22 octobre 2008 et précise notamment les critères de planification posés à l'art. 39, al. 2ter de la LAMal. Ces critères de planification sont définis aux articles 58a-e OAMal. L'article 58a précise le principe d'une planification. « *1. La planification en vue de couvrir les besoins en soins (...) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social. 2. Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications* ». Remarquons que dans ce sens, la notion de planification, en intégrant les établissements médico-sociaux, va au-delà du cadre purement hospitalier et que le réexamen périodique de la planification, sans toutefois quantifier ce qui est entendu par « périodiquement », confère à la planification une dimension quasi permanente.

L'article art. 58b (OAMal) porte sur la planification des besoins en soins : « *1. Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. 2. Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée. 3. Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al.2. 4. Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte : a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations ; b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile ; c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestation selon l'art. 58e. 5 Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération :*

a. l'efficience de la fourniture de prestations; b. la justification de la qualité nécessaire ; c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies ».

Ces critères sont le cœur des obligations auxquelles la planification hospitalière doit répondre. On notera la nécessité d'une « démarche vérifiable », par l'utilisation de « données statistiquement justifiées » et de « comparaison » (art. 58b, al.1 OAMal). En outre, même l'offre des établissements qui ne figurent pas sur la liste hospitalière doit être déterminée (art. 58b, al. 2 OAMal). Les établissements figurant sur la liste doivent intégrer les dimensions de « caractère économique » et de « qualité » dans les prestations qu'ils fournissent (art. 58b, al. 4, let.a OAMal). Ces deux notions sont explicitées par l' « efficience de la fourniture de prestations » (art. 58b, al. 5, let.a OAMal), en ce qui concerne le domaine hospitalier, par l'introduction d'un « nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies » (art. 58b, al. 5, let. c OAMal).

L'article 58c OAMal précise le type de planification en fonction de la typologie des établissements. Longtemps, les planifications se sont contentées d'estimer le nombre de lits, soit la « capacité », pour répondre aux besoins de la population. L'actuelle législation revient sur cette pratique en établissant que, pour le traitement des maladies somatiques aiguës, la planification doit être liée aux prestations. En ce qui concerne la réadaptation et les établissements psychiatriques, la planification peut être effectuée soit en nombre de lits, soit en prestations. « *La planification s'effectue de la manière suivante : a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations ; b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités (...)* » (art. 58c OAMal).

La quatrième partie de l'article 58 OAMal (alinéa d.) précise l'aspect de coordination intercantonale des planifications évoqué dans la LAMal (art. 39, al. 2). « *Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications (...), les cantons doivent notamment : a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés ; b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins* ».

2.2. Bases légales cantonales

Compétences cantonales

La répartition des compétences de planification varie entre les cantons étudiés. Le tableau ci-dessous récapitule les diverses situations et compétences. Entre Parlement, Gouvernement ou Département, les répartitions de responsabilités influencent les débats et processus de décision.

Les bases légales cantonales reflètent différentes conceptions et pratiques de répartition des compétences en matière de planification hospitalière ou, d'une manière plus générale, de planification sanitaire. Les principales fonctions et responsabilités sont généralement assumées par les Gouvernements et les Parlements. Certaines législations (BE, NE) introduisent également d'autres acteurs comme les départements et services en charge de la planification hospitalière. En outre, certains cantons instituent des commissions spécifiques, principalement consultatives : conseil de santé et conseil des hôpitaux pour le canton de Neuchâtel ou du Tessin, commission de planification pour le canton du Valais ou du Tessin.

Tableau 2.1 : Compétences cantonales en matière de planification

	Parlement	Gouvernement	Département
BE		« Le Conseil-exécutif approuve la planification des soins en donne connaissance au Grand Conseil » (art. 5, al. 1 Loi sur les soins hospitaliers (LSH) du 5 juin 2005)	« La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale planifie les soins hospitaliers (...) » (art. 4, al. 1 Loi sur les soins hospitaliers (LSH) du 5 juin 2005)
JU	« (...) approuve la planification » (art. 10, al. 1 de Loi sur les hôpitaux du 22 juin 1994)	« (...) arrête la planification » (art. 10, al. 1 de Loi sur les hôpitaux du 22 juin 1994)	
FR	« Sur la proposition du Conseil d'Etat, le Grand Conseil établit les objectifs de la planification sanitaire cantonale » (art. 20, al. 1 de la Loi sur la santé du 16 novembre 1999)	« [Le Conseil d'Etat] arrête la planification sanitaire cantonale » (art. 6, al. 2, let. a de la Loi sur la santé du 16 novembre 1999)	
GE	« Le Grand Conseil se prononce dans les 6 mois sous forme de résolution » (art. 28, al. 2 de la Loi sur la santé du 7 avril 2006)	« Le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil tous les 4 ans une planification sanitaire cantonale (...) » (art. 28, al. 2 de la Loi sur la santé du 7 avril 2006)	
NE		« Le Conseil d'Etat établit une planification des institutions du canton (...). Il tient compte des propositions du Conseil de santé ⁵ et du Conseil des hôpitaux ⁶ . Tous les quatre ans, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification. » (art. 83, al. 1-3 de la Loi de santé du 6 février 1995)	« [Le service de santé publique (...) est l'organe d'exécution du département] est chargé : de l'organisation, la planification et la gestion dans le domaine des systèmes de santé » (art. 9, al. 2, let. a de la Loi de santé du 6 février 1995)
TI	Il Consiglio di Stato trasmette con un messaggio la pianificazione al Gran Consiglio, il quale sulla base di un rapporto commissionale la approva o la respinge o la modifica sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze. LCAMal (Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattia, del 26 giugno 1997, art. 65).	Il Consiglio di Stato elabora la pianificazione in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati, consultando le Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati tutti gli ambienti interessati di ogni regione (LCAMal, art. 64).	

⁵ Défini par l'art. 14, al 1-3 de la Loi de santé du 6 février 1995 : « Le Conseil de santé est présidé par le conseiller d'Etat, chef du département. Il comprend en outre vingt membres représentant les diverses régions et les forces politiques du canton, les communes, les milieux professionnels de la santé, les institutions de soins, les caisses-maladie et les utilisateurs. Le-la médecin cantonal-e, le-la pharmacien-ne cantonal-e, le-la chimiste cantonal-e et le-la chef-fe de la santé publique participent aux séances du Conseil avec voix consultative. »

⁶ Défini par l'art. 38, al. 1 de la Loi sur l'établissement hospitalier multisite cantonal (EHM) du 30 novembre 2004 : « Le Conseil des hôpitaux se compose de quinze membres représentant les diverses régions, les propriétaires des hôpitaux qui ont adhéré à l'EHM, les professions hospitalières, les assureurs-maladie, les forces politiques du canton et les cliniques au sens de l'article 97, alinéa 2, de la loi de santé. »

VD		« [L'Etat] établit la planification cantonale sous la forme de règlement d'application de la présente loi et promulgue les listes des hôpitaux et des EMS (...) » (art. 6, let. a, al. 1, chiffre 7 de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) du 5 décembre 1978) ; « [Le Conseil d'Etat, sur préavis du département] promulgue les listes des hôpitaux et des EMS (...) » (art. 8, al. 1, chiffre 4 de la LPFES du 5 décembre 1978)	
VS	« Le Conseil d'Etat énumère les établissements et institutions sanitaires composant le RSV dans une ordonnance soumise à l'approbation du Grand Conseil lors de chaque modification. » (art. 14, al. 1 de Loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006)	« Le Conseil d'Etat définit périodiquement, par la planification, sa politique sanitaire. Il en établit un rapport écrit annuel à l'attention du Grand Conseil. » (art. 3, al. 1 de Loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006)	

En mettant l'accent plus spécifiquement sur le partage des compétences entre exécutif et législatif, il revient aux autorités gouvernementales, comprises comme le Conseil d'Etat et éventuellement les Départements et services concernés, d'établir la planification hospitalière. Les compétences des Parlements en matière de planification sont quant à elles beaucoup plus diversifiées. Elles se caractérisent notamment par l'intensité des moyens à disposition des Parlements dans le processus de planification. Ainsi, le Parlement jurassien doit « approuver la planification » arrêtée par le Gouvernement. A Fribourg, il appartient au Grand Conseil d'« [établir] les objectifs de la planification sanitaire cantonale », mais en se basant « sur la proposition du Conseil d'Etat ». La législation neuchâteloise prévoit simplement que « tous les quatre ans, [le Conseil d'Etat] adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification », alors qu'à Genève, une fois la planification sanitaire présentée par le Conseil d'Etat, « le Grand Conseil [doit se prononcer] tous les six mois sous forme de résolution ». Dans le canton de Berne, le Gouvernement ne fait qu'informer (« donner connaissance ») le Grand Conseil. Au Tessin, le Gouvernement transmet la planification au Grand Conseil, qui peut la modifier et l'approuve.

On observe ainsi une gradation des compétences allouées aux Parlements cantonaux pour intervenir dans la planification hospitalière. Cette répartition des tâches ne va pas de soi. Des initiatives populaires (voire chapitre « Démocratie sanitaire ») ont été lancées dans le but d'attribuer la compétence en matière de planification hospitalière aux Parlements cantonaux (FR, VD). Ces initiatives étaient motivées par un souci de proximité géographique des hôpitaux. Elles émanaient de régions qui, au cours d'une réforme hospitalière, auraient perdu leur hôpital ou certaines disciplines. En attribuant ou renforçant les compétences du Parlement, ces initiatives visaient à améliorer la représentation régionale dans le processus de réforme.

Une analyse comparée des législations montre des différences quant aux critères et autres objectifs figurant dans la législation que les acteurs des planifications sanitaires et hospitalières doivent intégrer. De grandes disparités législatives existent donc, certaines accordant une large marge de manœuvre aux autorités en charge de la planification, d'autres s'avérant plus contraignantes. La périodicité d'une planification hospitalière varie également selon les cantons. Parmi les cantons qui comportent cet

élément au rang de leurs critères, plusieurs (BE, GE et NE) prévoient qu'une planification doit être élaborée tous les quatre ans. Le canton du Jura prévoit quant à lui un délai de 10 ans.

Sous l'angle de la cohérence de mise en œuvre des politiques sanitaires, en regard des expériences des personnes interrogées dans l'étude, l'attribution de compétences de planification aux Gouvernements comporte certains avantages. Ainsi, par exemple, relevons une certaine rapidité dans la prise de décision ; une connaissance pointue et fine des enjeux ; une étroite proximité avec l'administration ; une certaine vision d'ensemble et davantage d'indépendance que le Parlement par rapport aux éléments de type régionaliste qui animent un processus de planification. Et puis, le Gouvernement semble mieux à même d'intégrer les exigences de la législation supérieure (LAMal).

Toutefois, les avis ne sont pas toujours définitivement tranchés. Ainsi, sans le cas d'une urgence relative, comme des impératifs économiques par exemple, s'il est préférable aux yeux de certains acteurs que la compétence d'agir revienne au Gouvernement, ces mêmes acteurs reconnaissent que si le climat politique est plus serein, il est préférable de pouvoir disposer d'une légitimité plus large et renforcée et donc de pouvoir compter sur le soutien du Parlement. Cette répartition des compétences fait débat et est objet de contestations entre acteurs. A Berne, par exemple, les autorités sanitaires observent une tendance à vouloir ramener les compétences vers le Parlement, ce qui accroît la complexité de la recherche du consensus et la tâche des autorités sanitaires, tout en comportant le risque de ralentir davantage encore des processus de planification qui sont déjà relativement longs, comme le montrent les historiques cantonaux (ci-après). Dans le canton du Jura, la situation est inverse. Les autorités gouvernementales souhaiteraient disposer de davantage de compétences de planification, celles-ci étant actuellement aux mains du Parlement, le Conseil d'Etat, disposant d'un droit de veto.

Attention, la seule lecture des compétences légales en matière de planification n'est pas suffisante pour comprendre les rôles joués par les autorités politiques et les acteurs du système de santé. Les descriptions historiques cantonales illustreront toute la complexité des relations qui sévissent dans ce champ de décision d'allocation des ressources sanitaires.

3. Éléments statistiques

3.1. Situation 2009

Le paysage hospitalier helvétique est intimement lié à la structure fédéraliste du système politique et de celui de la santé. Publiée annuellement par l'Office fédéral de la statistique, la *Statistique des hôpitaux* contient les principaux indicateurs relatifs au secteur hospitalier et sert de base à l'analyse. Réalisée depuis 1997, cette série statistique présente les chiffres détaillés par canton.

Le tableau ci-après contient les principaux indicateurs disponibles et pertinents pour mesurer l'offre et l'activité hospitalières, ainsi que les résultats chiffrés (provisaires) correspondant pour l'année 2009. L'OFS établit certaines typologies qu'il convient de présenter brièvement dans un premier temps pour saisir au mieux ces chiffres. Ainsi, la statistique fédérale distingue dans un premier temps les hôpitaux de soins généraux des cliniques spécialisées, une distinction fondée « sur le nombre de centres de prestations et sur les journées d'hospitalisation (sans les nouveau-nés sains et les personnes non

malades) ventilées par centre de prestations »⁷. Le nombre d'hôpitaux de soins généraux et de cliniques spécialisées est le reflet de l'évolution historique des systèmes hospitaliers. Il ne fournit néanmoins aucune indication sur la taille des établissements, ni sur leur éventuelle mise en réseau.

Tableau 2.2 : Principaux indicateurs d'activité hospitalière, par canton

	Total des hôpitaux de soins généraux - prise en charge centralisée et soins de base	Total des cliniques spécialisées (psychiatriques, réadaptation, autres cliniques spécialisées)	Nombre de lits hospitaliers dans hôpitaux de soins généraux	Pourcent du nombre de lits hospitaliers privés (hôpitaux de soins généraux + cliniques spécialisées) par rapport au nombre total de lits hospitaliers	Nombre de lits hospitaliers des hôpitaux de soins généraux pour 1'000 habitants	Pourcentage de journées d'hospitalisation sur le total de journées d'hospitalisation et d'hébergement	Taux d'occupation dans les hôpitaux de soins généraux	Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins généraux
BE	13	20	3391	23.3	3.5	17.7	86	7.0
FR	7	2	762	10.7	2.8	21.7	86	7.8
TI	12	8	1358	42.3	4.0	24.0	90	8.6
VD	13	20	2241	20.3	3.2	24.9	86	7.8
VS	4	9	767	8.4	2.5	20.9	91	7.0
NE	3	6	372	1.1	2.2	12.8	89	7.0
GE	5	10	1384	18.2	3.1	26.0	87	7.2
JU	1	3	154	24.3	2.2	15.7	88	7.5
CH	129	185	23952	19.1	3.1	20.0	88	7.6

Le nombre d'établissements ne fournit aucune indication sur le statut juridico-économique de ces établissements (« hôpital public / subventionné » ou « hôpital privé »). A cet effet, la troisième colonne du tableau indique le pourcent du nombre de lits hospitaliers privés par rapport au nombre total de lits hospitaliers pour chaque canton. Des quatre typologies de lits (« hospitaliers », « nouveau-nés », « non-malades » et « spéciaux »), il est choisi de ne retenir que la première, celle-ci reflétant au mieux l'activité hospitalière. Le pourcentage de lits hospitaliers privés sur le total des lits hospitaliers laisse apparaître des différences très nettes entre cantons. Ainsi, plus du 40% des lits hospitaliers tessinois relèvent du secteur privé, alors qu'ils ne représentent qu'à peine 1% dans le canton du Neuchâtel.

L'activité hospitalière, telle que conçue dans la planification hospitalière, est principalement représentée par la catégorie des « hôpitaux de soins généraux », qui sera retenue pour la suite du portrait statistique. Ainsi, la quatrième colonne indique le nombre absolu de lits hospitaliers dans les hôpitaux de soins généraux. Pour mieux évaluer l'offre hospitalière et son organisation, il est nécessaire de rapporter le nombre de lits hospitaliers à un taux fixe de population, en l'occurrence 1'000 habitants. La standardisation du nombre de lits hospitaliers permet de comparer l'offre hospitalière des cantons. Ainsi le canton du Tessin s'illustre par le taux de lits hospitaliers le plus haut de notre panel de cantons, alors que les cantons du Jura et Neuchâtel ont les taux les plus bas. Il est à noter que ces chiffres ne

⁷ Pour une version plus détaillée de cette typologie, voir : OFS (1997). Statistique des établissements de santé (soins intra-muros), Statistique des hôpitaux. Conception détaillée 1997. Neuchâtel : OFS, Section de la santé

permettent pas de saisir les flux de patients entre les cantons. A ce titre, les cantons dotés d'un hôpital universitaire (Berne, Genève, Vaud) attirent des patients d'autres cantons, pouvant expliquer un taux de lits hospitaliers plus élevé.

Pour une bonne compréhension des enjeux sanitaires, le système hospitalier doit intégrer les autres prestataires de soins, particulièrement les institutions médico-sociales et les services d'aide et de soins à domicile. Ces trois catégories doivent être considérées comme complémentaires les unes aux autres, s'inscrivant dans un continuum. L'ouverture de nouveaux EMS ou le renforcement des mesures d'aide et de soins à domicile sert parfois de mesures d'accompagnement à la fermeture d'un établissement de soins aigus. Dans cette perspective, le pourcentage de journées d'hospitalisation sur le total des journées d'hospitalisation et d'hébergement met en relief la manière dont l'activité hospitalière d'un canton, mesurée en journées d'hospitalisation, s'articule avec l'activité médico-sociale, mesurée en journées d'hébergement. Avec un taux de journées d'hospitalisation représentant plus du quart du total des journées d'hospitalisation et d'hébergement, le canton de Genève recourt relativement massivement à l'hospitalisation. A l'inverse, les cantons de Neuchâtel et du Jura, avec un pourcentage de journées d'hospitalisation inférieur à la moyenne suisse, semblent moins avoir recours aux structures hospitalières. Toutefois, ces différences doivent être pondérées par la non-différenciation de l'offre hospitalière (cantons dotés ou non d'hôpitaux universitaires) et par la structure de leur population (qui pourrait être représenté par la part des plus de 65 ans dans la population).

Enfin, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour (DMS) sont deux indicateurs souvent utilisés dans la statistique hospitalière. Le premier montre le degré d'occupation des lits hospitaliers. Cette statistique est moins sujette à d'importants écarts cantonaux compte tenu du fait qu'un minima est imposé par la loi (en l'occurrence 85%) et qu'un taux de roulement « naturel » empêche d'atteindre les 100%. La DMS indique le nombre de jours qu'un patient reste hospitalisé. Le Tessin est le canton où la DMS est la plus élevée de notre panel et les cantons de Vaud et Fribourg se situent également en dessus de la moyenne suisse, mais avec un moindre écart.

Cette description quantitative reflète pour l'année 2009 de réelles différences au sein des systèmes hospitaliers cantonaux à l'aide de quelques indicateurs statistiques. Toutefois, pour comprendre ces différences, il convient de saisir le système hospitalier comme un élément en constante mutation et intégrer cet état de fait dans l'analyse. La statistique hospitalière de l'OFS, débutée en 1997, permet de prendre en compte l'évolution temporelle du système hospitalier.

3.2. Evolutions 1997-2009

La planification hospitalière s'appréhende et se lit comme un processus qui inscrit l'évolution du système hospitalier dans le temps long. La statistique OFS rend à la fois possible certaines comparaisons intercantionales, tout en incluant une perspective temporelle, en l'occurrence la période 1997-2009.

Différents indicateurs permettent de tracer l'évolution du domaine hospitalier :

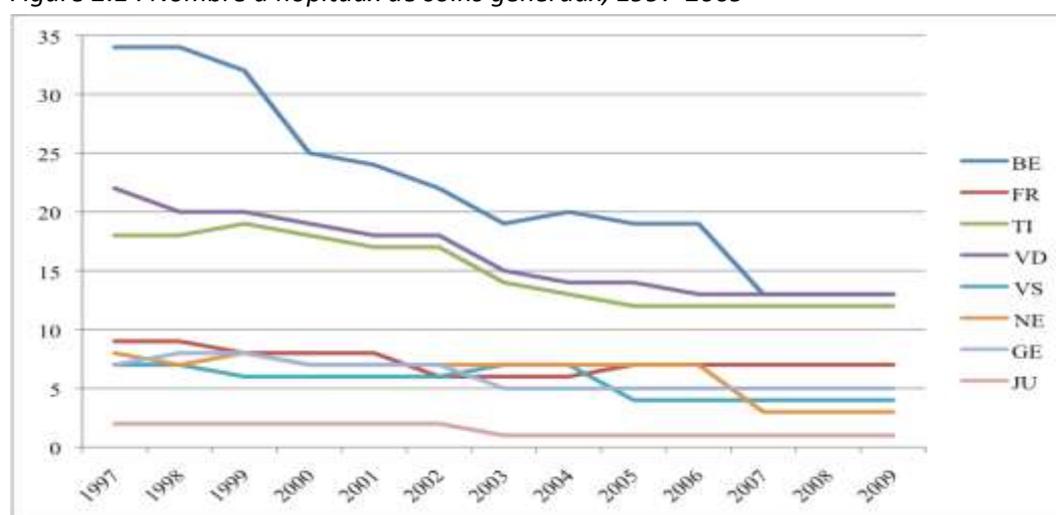
- nombre d'hôpitaux de soins généraux (1997-2009)
- nombre de lits hospitaliers (1997-2009)
- nombre de lits pour 1'000 habitants (1997-2009)
- évolution du nombre de lits hospitaliers privés par rapport au nombre total de lits hospitaliers (1997-2009)
- nombre de journées d'hébergement pour 100 journées d'hospitalisation (1997-2009)

- taux de lits hospitaliers pour 1'000 habitants croisé avec le taux de lits médico-sociaux pour 1'000 habitants (1999-2004-2009)
- taux d'occupation des lits d'hospitaliers (1997-2009)
- durée moyenne de séjour (1997-2009)
- augmentation des coûts selon les fournisseurs de biens et service (1997-2008)

Hôpitaux de soins généraux

Il est choisi de ne retenir que les hôpitaux de soins généraux et les lits hospitaliers pour la comparaison temporelle. Le graphique ci-dessus représente le nombre d'hôpitaux de soins généraux et leur évolution par canton sur la période 1997-2009.

Figure 2.1 : Nombre d'hôpitaux de soins généraux, 1997-2009



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 2009.

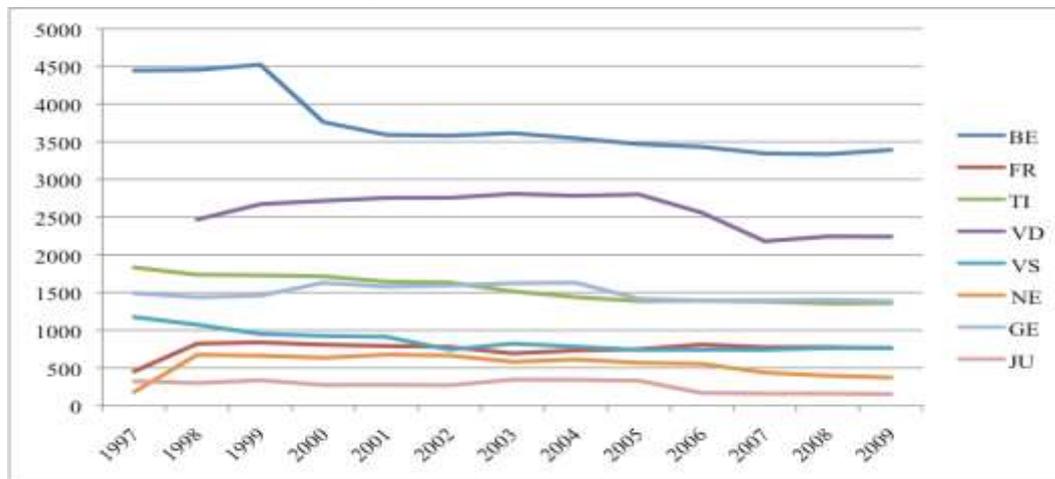
Les cantons qui, en 1997, disposaient d'un nombre d'établissements de soins généraux relativement bas, n'ont subi que de faibles évolutions. Au contraire, les cantons comprenant un nombre plus important d'hôpitaux au début de la période statistique s'illustrent par une évolution beaucoup plus marquée. Le cas bernois, qui en 1997 comptabilisait 34 hôpitaux de soins généraux, actuellement doté de seulement 13 hôpitaux, est le plus représentatif de cette tendance. Dans ce canton, le nombre d'hôpitaux de soins généraux baisse particulièrement entre 1999 et 2003, ce qui correspond au programme d'Adaptation des structures 99, dont le but était de réduire le nombre d'établissements hospitaliers opérant sur le territoire bernois (voir plus loin historique de la planification bernoise). En 2009, le nombre final d'établissements bernois équivaut au nombre des structures vaudoises, même si la diminution pour ce canton est numériquement moins importante et plus linéaire. Le canton du Tessin connaît également une importante baisse du nombre d'hôpitaux de soins généraux qui se stabilise dès l'année 2005.

Lits hospitaliers

Ce second graphique complète l'analyse sur le nombre d'établissements hospitaliers en présentant l'évolution du nombre de lits hospitaliers recensés dans les hôpitaux de soins généraux. Un constat similaire s'impose lors de la comparaison pour la période 1997-2009 du nombre de lits hospitaliers pour les hôpitaux de soins généraux en chiffres absolus. Une diminution plus forte se remarque dans les

cantons où le nombre de lits hospitaliers était important au début de la période. Cette évolution n'est pas surprenante en soit. Lorsque certains établissements hospitaliers ferment, il est logique que le nombre de lits total diminue.

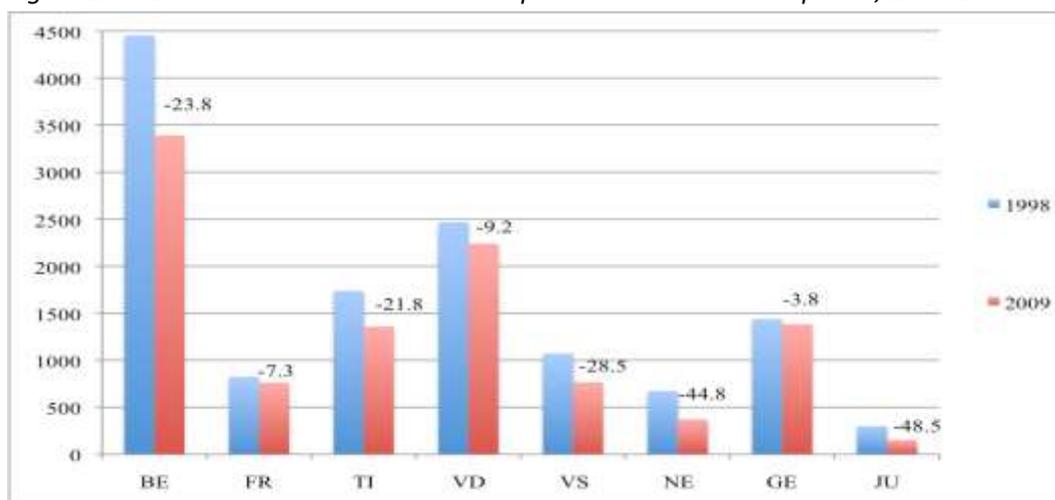
Figure 2.2 : Nombre de lits hospitaliers, 1997-2009



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1997-2009

Entre 1998⁸ et 2009, on constate que les cantons du Jura et de Neuchâtel ont réduit, en pourcentage, le plus grand nombre de lits hospitaliers. Les lits hospitaliers jurassiens passent de 299 à 154 (-48%) et ceux du canton de Neuchâtel dont le nombre était de 674 unités en 1998 ne totalisent que 372 unités en 2009 (-45%). Durant cette même période, les cantons de Fribourg, Genève et Vaud s'illustrent par une grande stabilité, leur nombre de lits ne baissant qu'au maximum de 10%. En détaillant l'évolution du nombre de lits hospitaliers années après années, ces trois cantons se caractérisent par certaines fluctuations, leur nombre de lits hospitaliers repartant périodiquement à la hausse. Cette situation est particulièrement visible pour le canton de Vaud dont le nombre de lits augmente progressivement jusqu'en 2003, se stabilise jusqu'en 2005, avant de baisser brutalement l'année suivante.

Figure 2.3 : Evolution du nombre de lits hospitaliers avec baisse en points, 1998-2009



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1998-2009

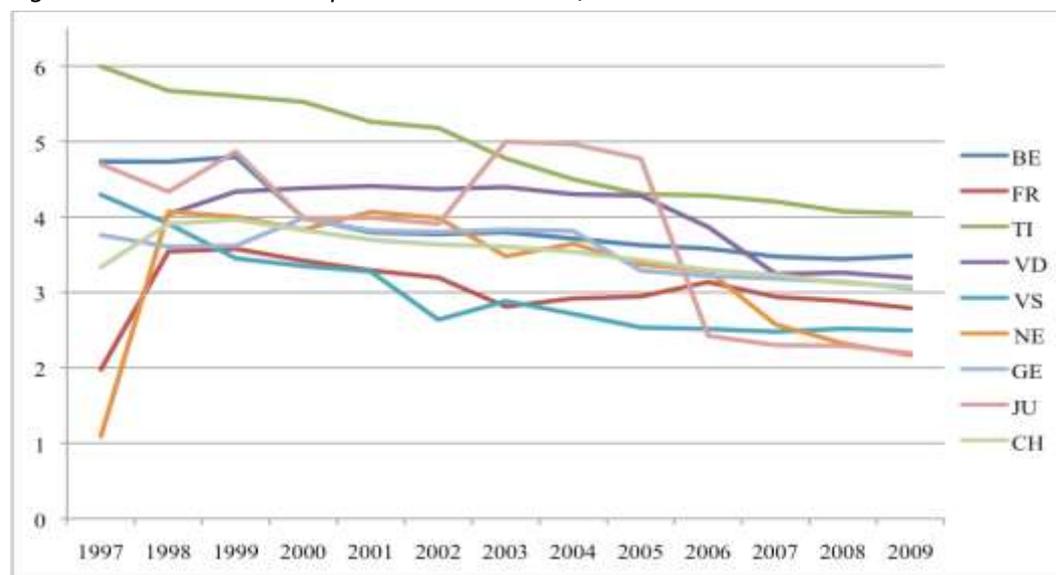
⁸ L'année 1997 est incomplète et fait apparaître certaines lacunes statistiques dans ce cas.

Des fermetures d'établissements peuvent être à l'origine de la baisse du nombre de lits, le cas bernois l'atteste. Toutefois, le nombre de lits peut aussi évoluer sans que le nombre d'établissements ne varie. En s'intéressant aux cantons dont le nombre d'établissements est resté stable sur une période donnée, des résultats divergents sont apparus. Ainsi, le canton de Genève, par exemple, sur la période 2003-2009 voit son nombre de lits diminuer fortement alors que le nombre d'établissements reste stable. Il en est de même pour les cantons de Vaud (pour la période 2006-2009), Neuchâtel (2000-2006) et Jura (1997-2002 ; 2003-2009). D'autres périodes de stabilité en nombre d'établissements ne sont marquées que par de faibles diminutions du nombre de lits voire même par de légères augmentations du nombre de lits hospitaliers (Valais 2005-2009 ; Fribourg 2005-2009).

Lits hospitaliers pour 1'000 habitants

Une mesure complémentaire au nombre de lits hospitaliers en chiffres absolus est leur pondération par la population, en l'occurrence la standardisation du nombre de lits ramenés à 1'000 habitants. Cette variable permet de comparer plus finement l'offre de lits hospitaliers dans les hôpitaux de soins généraux entre cantons.

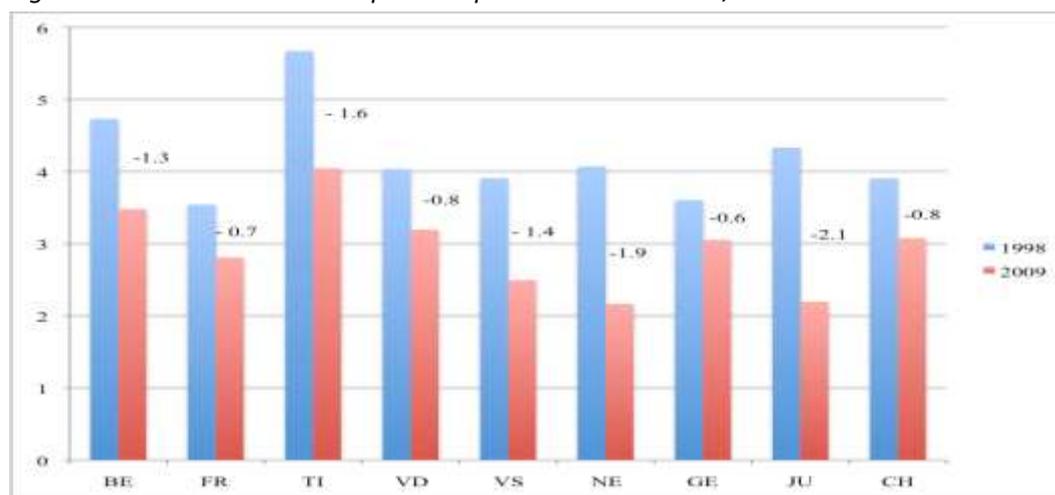
Figure 2.4 : Nombre de lits pour 1'000 habitants, 1997-2009



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1997-2009

Sur la période qui s'étend de 1998 à 2009, l'ensemble des cantons de notre panel voit son taux de lits pour 1'000 habitants diminuer. Le canton du Jura et de Neuchâtel s'illustrent par des baisses particulièrement importantes, même si, pour le premier cette baisse n'est pas linéaire. Le pic d'augmentation de 2003 et la baisse brutale en 2006 sont le reflet chiffré d'une période jurassienne troublée qui débute par le rejet initial du plan « Hôpital multisite du Jura » et sa modification en mai 2002. La stabilisation de 2006 résulte des effets du « Message du Gouvernement au Parlement concernant la planification hospitalière cantonale et interjurassienne », du 21 juin 2005.

Figure 2.5 : Nombre de lits hospitaliers pour 1'000 habitants, 1998-2009

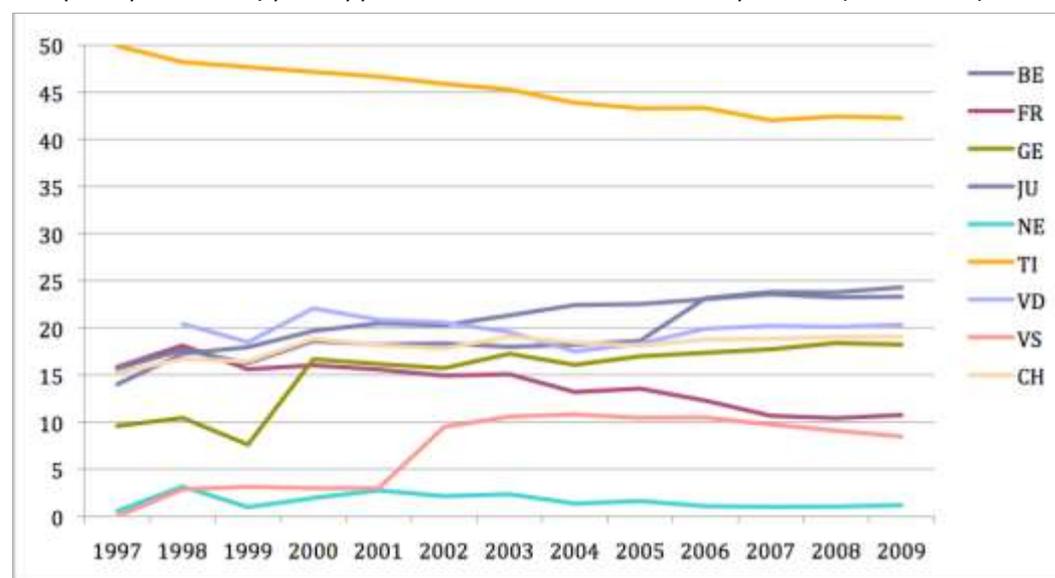


Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1998-2009

En comparant les cantons étudiés à la moyenne suisse, il apparaît pour la période 1998-2009 que la plupart des cantons sélectionnés subissent une baisse du nombre de lits bien plus conséquente que la moyenne nationale. Pour l'année de départ, deux cantons (GE, FR) se situent en dessous de la moyenne et un seul (VS) correspond exactement à la moyenne nationale. La situation diffère pour l'année 2009 où seuls trois cantons (Berne, Vaud, Tessin) sont en dessus de cette même moyenne. Les cantons de l'étude tendent donc non seulement à s'aligner sur la moyenne nationale, mais à y être inférieurs.

Rapport entre lits privés et publics-subsventionnés

Figure 2.6 : Evolution en pourcent du nombre de lits hospitaliers privés (hôpitaux de soins généraux + cliniques spécialisées) par rapport au nombre total de lits hospitaliers (1997-2009)



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standard, 1997-2009

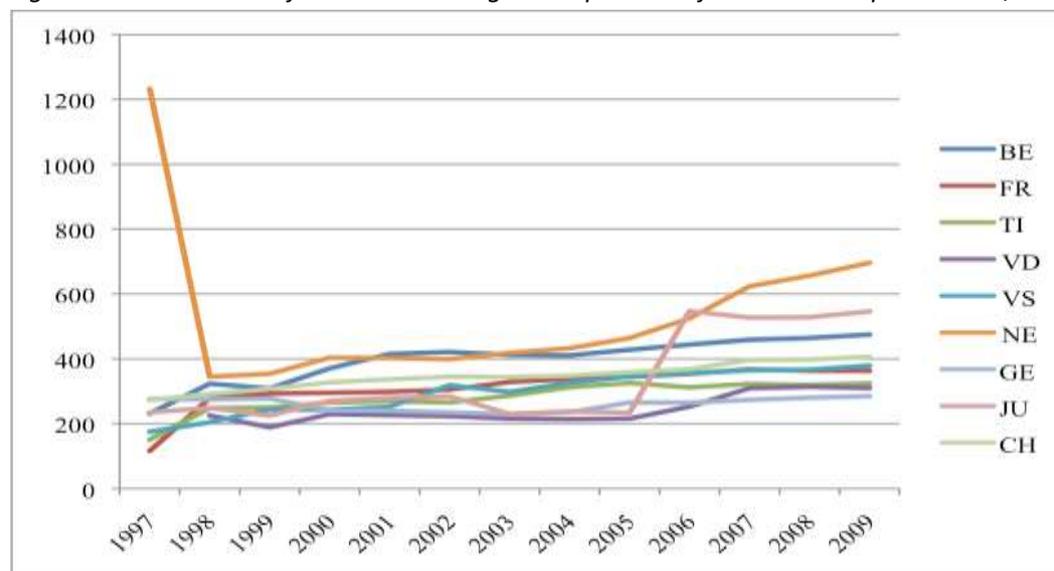
Doté d'un très haut pourcentage de lits privés en 1997, le canton du Tessin voit son taux reculer mais reste toutefois largement au-dessus de tous les autres cantons. Le ratio pour le canton de Fribourg se caractérise également par un recul du nombre de lits privés. Celui-ci s'explique peut-être par une offre en lits privés trop importante, étant donné que pas moins de trois hôpitaux proposent des lits privés pour la seule ville de Fribourg qui aboutira à la fusion en 2005 entre les Cliniques Sainte-Anne et Garcia.

En ce qui concerne l'évolution des autres cantons, une majorité (Berne, Genève, Jura et Valais) voit le rapport évoluer à l'avantage des lits privés, alors que les cantons de Neuchâtel et Vaud restent stables.

Rapport entre hôpitaux et établissements médico-sociaux

Pour apprécier au mieux l'activité hospitalière, il convient de l'analyser dans une perspective intégrant les autres structures de soins, en l'occurrence les établissements médico-sociaux. Le graphique ci-dessous met en perspective les journées d'hospitalisation et les journées d'hébergement. Si durant les Trente Glorieuses dominait le « tout hospitalier », l'évolution technologique et démographique a conduit à une gériatrisation de l'activité hospitalière. Symboliquement, cette évolution est rendue visible par la transformation d'établissements hospitaliers, en établissements de soins de longue durée, voire en établissements médico-sociaux. Le graphique ci-dessous met en relation les hôpitaux de soins généraux et les établissements médico-sociaux en articulant l'évolution du nombre de journées d'hébergement avec le nombre de journées d'hospitalisation, en maintenant ces dernières au nombre de 100.

Figure 2.7 : Nombre de journées d'hébergement pour 100 journées d'hospitalisation, 1997-2009



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1997-2009

A l'exception notable de Neuchâtel, pour l'année 1997⁹, les courbes montrent clairement une augmentation du nombre de journées pour l'ensemble des cantons et la moyenne suisse. Cette évolution se fait d'une manière assez constante à l'exception du canton du Jura qui se voit face à un pic en 2006 découlant de la baisse du nombre de lits hospitaliers cette année-là. Cette augmentation progressive ne fait que refléter les tendances « structurelles » relatives à ces deux domaines.

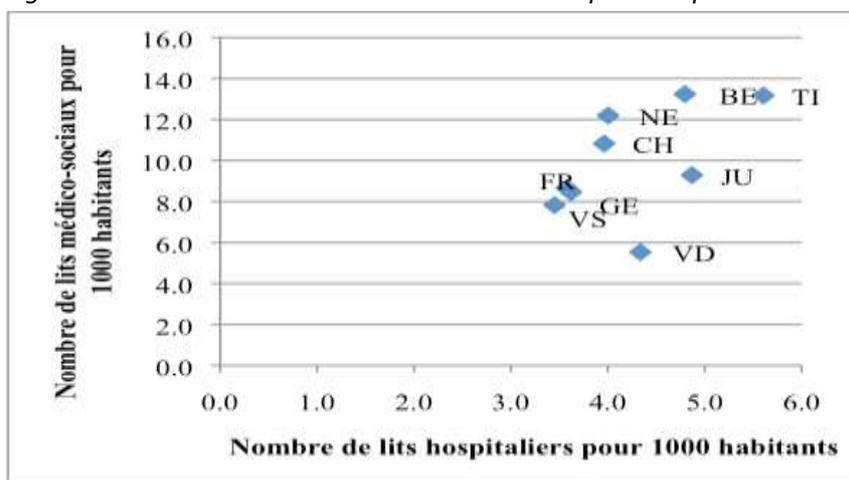
Une approche alternative pour mettre en évidence le phénomène de gériatrisation progressive du système hospitalier consiste à rapporter le nombre de lits hospitaliers avec le nombre de lits médico-sociaux. Les trois graphiques ci-dessous présentent pour les années 1999-2004-2009 le nombre de lits

⁹ La première année de la statistique hospitalière s'illustre par certaines lacunes. Dans le cas neuchâtelois, il manque par exemple les données d'un hôpital de soins généraux. Ce cas doit être considéré comme non représentatif.

hospitaliers pour 1'000 habitants par rapport au nombre de lits médico-sociaux pour 1'000 habitants. La série statistique médico-sociale est disponible à partir de l'année 1999.

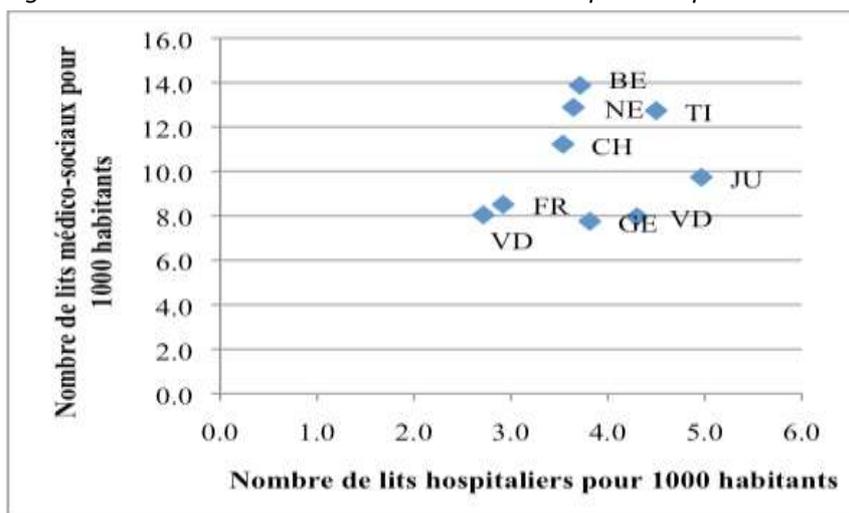
Ces trois graphiques montrent les évolutions suivantes. D'une part, le nuage de points issu du croisement entre taux de lits hospitaliers et lits médico-sociaux glisse progressivement sur la gauche, indiquant un recul du taux de lits hospitaliers. D'autre part, il s'élève, montrant que le taux de lits médico-sociaux est en augmentation. Ces deux tendances indiquent l'existence d'un mécanisme de vases communicants entre la baisse du nombre de lits hospitaliers et la hausse du nombre de lits médico-sociaux. Cette tendance répond à l'évolution démographique. Il aurait été utile de comparer également la baisse du nombre de lits hospitaliers en lien avec la hausse de l'offre d'aide et de soins à domicile, mais cette composante ne dispose pas d'indicateurs pertinents dans cette perspective. Il apparaîtra dans le chapitre consacré au financement de soins que le vieillissement de la population a généré un renforcement des moyens alloués aux soins et soutiens à domicile.

Figure 2.8 : Nombre de lits médico-sociaux et hospitaliers pour 1000 habitants, 1999



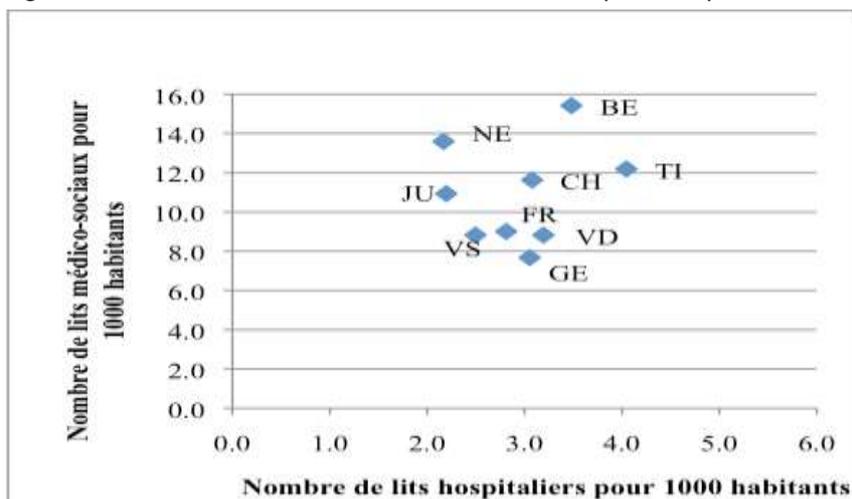
Source : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1999-2009.

Figure 2.9 : Nombre de lits médico-sociaux et hospitaliers pour 1000 habitants, 2004



Source : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1999-2009.

Figure 2.10 : Nombre de lits médico-sociaux et hospitaliers pour 1000 habitants, 2009

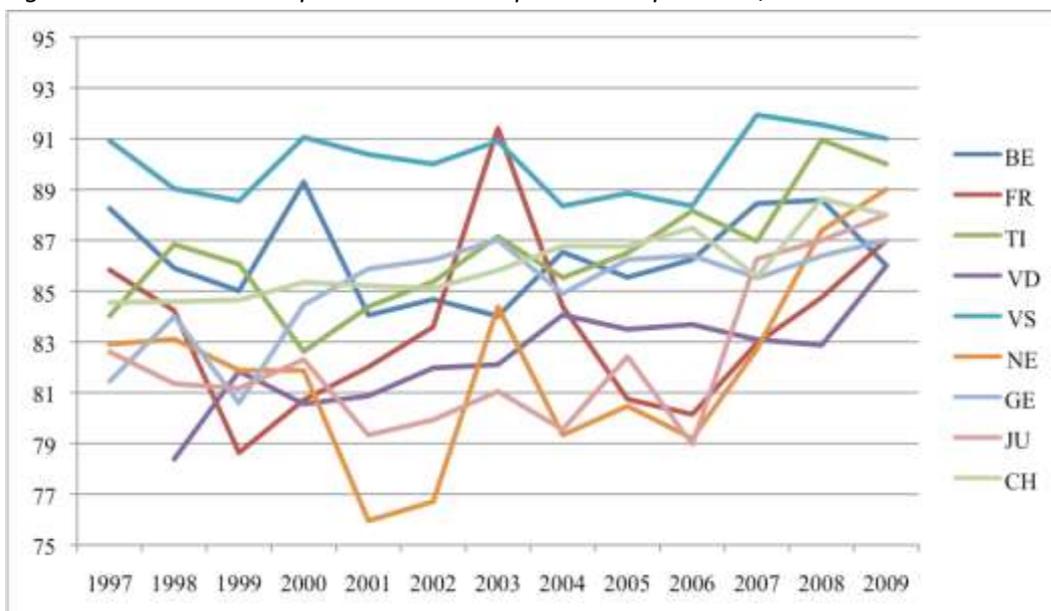


Source : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1999-2009.

Occupation des lits

L'évolution du taux d'occupation des lits hospitaliers traduit une convergence entre les cantons dans une fourchette située, pour l'année 2009, entre 86% (Berne, Fribourg, Vaud) et 91% (Valais). Sur la période considérée, le taux d'occupation moyen passe de 85% à 88%, tout comme la moyenne suisse. La fourchette de ce taux d'occupation possédait comme bornes 81% et 91% pour la première année statistique et l'écart le plus haut était le fait de l'année 2001 avec une fourchette allant de 76% à 90%. La borne supérieure est quasi systématiquement obtenue par le canton du Valais, exception faite de l'année 2003 où il est dépassé par le canton de Fribourg.

Figure 2.11 : Taux d'occupation des lits hospitaliers en pourcent, 1997-2009



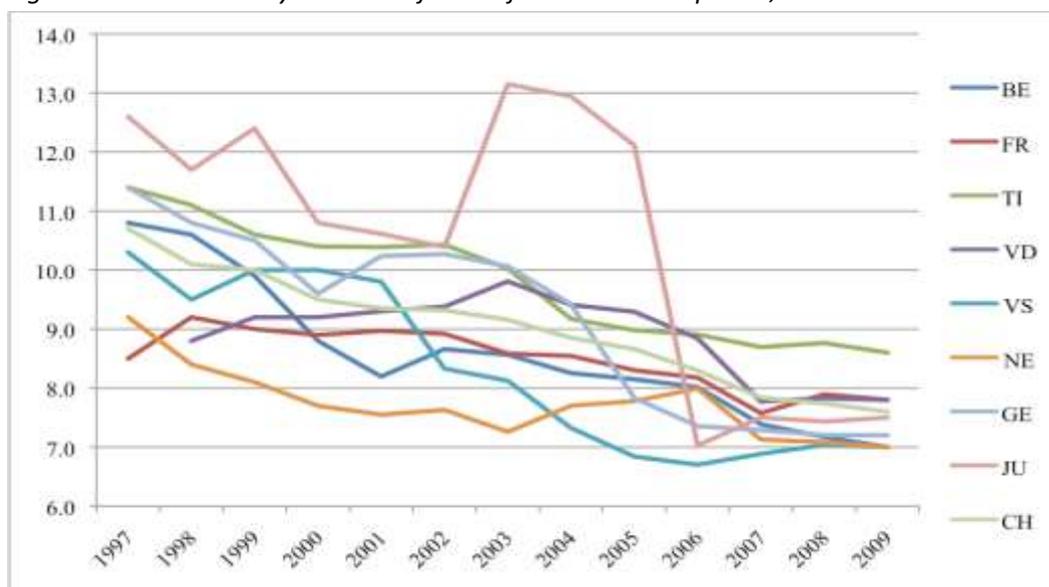
Source : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1997-2009

La jurisprudence du Conseil fédéral a fixé un taux d'occupation des lits de 85% pour les hôpitaux de soins aigus avec prise en charge des urgences¹⁰. Il est intéressant de relever que plusieurs cantons ont des taux inférieurs à cette limite. Ainsi, le canton de Neuchâtel se distingue par un taux d'occupation majoritairement inférieur à 85%, chiffre qu'il n'atteint pour la première fois qu'en 2008. De même, le taux d'occupation du canton de Vaud n'est supérieur à 85% que pour la dernière année présentée.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour est une des composantes¹¹ du taux d'occupation. Il est donc logique que ces deux variables « réagissent » aux mêmes événements. Une analyse similaire peut donc être faite sur l'évolution de ces deux variables.

Figure 2.12 : Durée moyenne de séjour en jour dans les hôpitaux, 1997-2009



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1997-2009

De manière générale, on observe une tendance convergente, l'écart de départ s'amenuisant au fil des années et des processus de planification. D'autres sauts quantitatifs sont très clairement repérables dans les deux graphiques. Ainsi la durée moyenne de séjour des hôpitaux de soins généraux jurassiens augmente brutalement en 2003 avant de baisser encore plus brutalement en 2006. La moyenne de l'ensemble des cantons étudiés diminue parallèlement à la moyenne nationale.

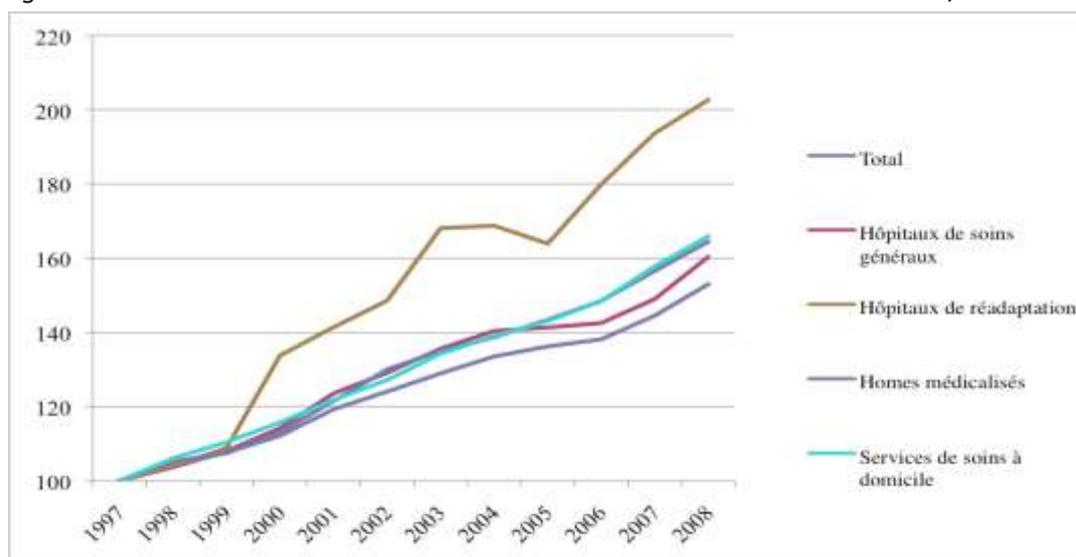
Coûts

L'évolution des coûts des secteurs stationnaires (hôpitaux, EMS) est mise en perspective des activités d'aide et de soins à domicile car ces différents services s'inscrivent dans le continuum du processus de soins et sont donc interdépendants.

¹⁰ Ce même taux est fixé à 90% pour des hôpitaux de soins généraux qui ne disposeraient pas des prises en charge d'urgence, ainsi que pour les centres de traitements et de réadaptation et les soins psychiatriques.

¹¹ Le taux d'occupation se calcule en multipliant le nombre de cas d'hospitalisation par la DMS et en divisant ce chiffre par le nombre de journées-lits.

Figure 2.13 : Evolution de l'indice des coûts stationnaires et des soins à domicile, 1997-2008 (1997 =100)

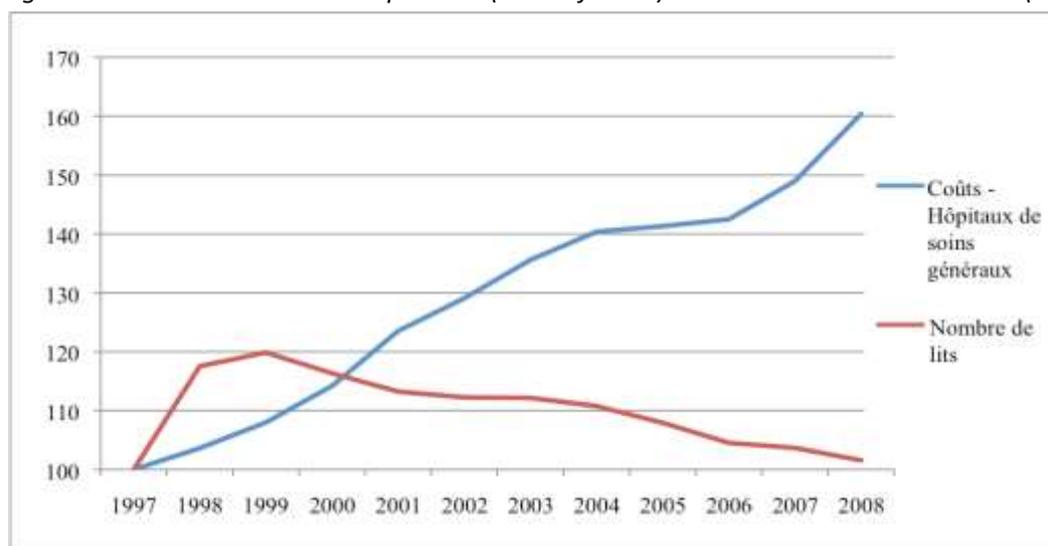


Source : Office fédéral de la statistique

Les coûts de trois des quatre prestataires de soins augmentent d'une manière assez linéaire. L'évolution du coût des hôpitaux de réadaptation se distingue par une hausse plus prononcée et nettement moins linéaire. En considérant que les coûts sont le reflet de l'activité, il s'avère que l'activité des hôpitaux de réadaptation a particulièrement augmenté, ce qui prouverait que les autorités ont mis l'accent sur ces services-là sans toutefois procéder à des baisses budgétaires dans les autres secteurs. Toutefois, il convient de nuancer cela en rappelant que les coûts des hôpitaux de réadaptation sont, en volume, beaucoup moins élevés que ceux des hôpitaux de soins généraux et, compte tenu de l'effet de taille, susceptible d'évoluer d'une manière plus marquée. Il est intéressant de relever que l'augmentation de l'activité des établissements médico-sociaux présentée au point 2.5. ne se retrouve pas dans l'évolution des coûts. De même, alors qu'on aurait pu s'attendre à une hausse plus importante des services d'aide et de soins à domicile, ceux-ci augmentent proportionnellement de manière pas plus prononcée que les coûts des hôpitaux de soins généraux et homes médicalisés.

En lien avec l'augmentation des coûts des fournisseurs de biens et services, le graphique suivant met en relation l'évolution des coûts hospitaliers avec celle du nombre de lits hospitaliers dans les hôpitaux de soins généraux.

Figure 2.14 : Evolution coûts hospitaliers (hors inflation) en lien avec le nombre de lits (1997 = 100)



Sources : OFS, Statistiques des hôpitaux, Tableaux standards, 1997-2008

Au cours de la période 1997-2009, on distingue deux tendances divergentes pour les deux variables coûts et lits. Alors que le nombre de lits hospitaliers baisse régulièrement depuis l'année 2000, les coûts hospitaliers ne cessent quant à eux d'augmenter.

4. Repères historiques

La compréhension des développements et des enjeux de planification hospitalière requiert un arrêt sur l'historique du système hospitalier suisse, de manière générale, puis sur celui des constructions cantonales. En effet, la planification hospitalière est indissociable du contexte particulier à l'intérieur duquel elle évolue et qui en détermine à la fois la genèse, les évolutions et réalisations.

4.1. Eléments généraux

Historiquement, le système hospitalier suisse trouve un premier ancrage lors de l'apparition, au Moyen-Âge déjà, d'asiles et autres hospices, lieux de charité dévolus à la fois aux personnes âgées, aux vagabonds, orphelins, « aliénés », voire aux voyageurs. Au fil du temps, la gestion de ces institutions initialement assurée par le monde religieux, se laïcise. Dès le début du XIX^{ème} siècle et plus particulièrement dans sa seconde partie, ces asiles et hospices se sont médicalisés et sont devenus des établissements hospitaliers au sens moderne du terme. Peu à peu, « (...) les hôpitaux se mettent à assumer un rôle prédominant dans l'amélioration de l'état de santé de la population. Ils deviennent des structures reconnues d'intérêt général » (Rossini & Legrand-Germanier, 2010, p.21). Le début du XX^{ème} est marqué à la fois par une intervention plus présente de l'Etat dans le domaine sanitaire et par une croissance sans précédent des grands hôpitaux. Le processus de médicalisation des asiles et hospices est arrivé à sa maturité. La transformation du rôle de l'Etat se caractérise par la création d'autres lieux dédiés aux couches les plus vulnérables de la population. Les progrès constants de la médecine entraînent la médicalisation définitive de ces lieux, en lien avec la professionnalisation progressive du personnel hospitalier (création des écoles d'infirmières, spécialisation des médecins).

Du sortir de la deuxième Guerre mondiale jusqu'au milieu des années 1970, les autorités, qu'elles soient fédérales ou cantonales, ne jouent qu'un rôle de « bailleurs de fonds sans réel pouvoir » dans un

système hospitalier qui se modernise sans compter sous l'effet des progrès de la médecine et de la croissance économique (Donzé, 2003, p.280). Des plans hospitaliers sont certes réalisés dans tous les cantons, mais ces derniers ne remettent pas pour autant en question un système hospitalier en pleine croissance. Ils servent à soutenir le développement du système hospitalier en prévoyant les besoins à venir. « Le modèle de référence reste le quadrillage du territoire cantonal par des hôpitaux généralistes et les plans hospitaliers visent à coordonner leur développement et à échelonner dans les temps les investissements d'envergure » (Donzé, 2003, p.284). Les établissements hospitaliers généralistes cherchent à développer leurs infrastructures pour être à la pointe du progrès, sans envisager un quelconque rapprochement avec un hôpital voisin. En découle alors le fait que des établissements hospitaliers sont fréquemment surdotés d'un point de vue technologique. La rationalité macro-économique de cette offre hospitalière ne fait que rarement discussion.

Le tournant des années 1970

Cette perspective n'est remise en question qu'avec la crise économique de 1973 et de ses conséquences. Cette période peut être considérée comme le point de départ d'une politique plus marquée des autorités étatiques en réponse à l'augmentation des coûts des établissements hospitaliers. Les finances publiques déjà malmenées par la crise économique sont de surcroît confrontées aux progrès persistants et coûteux d'une médecine qui se spécialise sans cesse. En effet, après 1975, « au niveau technique, on observe une révolution de la radiologie (scanners, IRM) et de la micro-chirurgie grâce à l'électronique. Mais surtout, les années 1980 et 1990 voient l'apparition des biotechnologies (biologie moléculaire, génétique, neurosciences, etc.) qui font éclater les limites de la médecine : celle-ci n'est plus la simple lutte de la vie contre la mort mais devient la science du contrôle et du changement de la vie » (Donzé, 2003, p.291). Les premiers jalons de planifications hospitalières rigoureuses sont posés à cette période. Pierre angulaire de cette époque, la thèse du Professeur Pierre Gilliland (1969)¹² pour le canton de Vaud annonce une nouvelle ère.

Malgré l'intervention de plus en plus marquée des autorités cantonales dans leur financement, les établissements hospitaliers n'ont pourtant guère l'intention de collaborer entre eux pour rationaliser leurs activités, même les plus onéreuses. Face à l'augmentation des coûts, des solutions doivent être trouvées. Si les moyens de transports et de communication de l'époque justifiaient la présence des asiles et hospices à des distances proches, il n'en est plus de même à la fin du XXème siècle. Pourtant, largement influencé par des politiques régionalo-centristes, le réseau d'établissements n'a mué que dans le sens des progrès technologiques, entraînant des surcoûts importants et stimulant peu de rationalisations. Ce n'est que dans les années 1990 qu'émerge la problématique de la mise en réseau des établissements hospitaliers à travers diverses démarches conduites sous la houlette des autorités cantonales. Toujours selon Donzé (2003, p.295), « la nouvelle politique hospitalière des années 1990 vise en effet à une différenciation plus stricte entre institutions de soins aigus et de réadaptation, ainsi qu'à une forte diminution de l'hospitalisation dans les premières. Dans les hôpitaux, on observe donc une baisse importante du nombre de lits, de même qu'une très forte chute de la durée de séjour moyen. Celle-ci résulte d'une nouvelle politique de mise en réseau des institutions de soins et du désengagement des malades convalescents vers des établissements moins intensément médicalisés, afin de réduire le coût de l'hospitalisation ». La géiatrisation des hôpitaux situés en dehors des grands centres urbains reflète le vieillissement général de la population et fait figure de tendance lourde

¹² Voir chapitre « Quels experts ? »

caractérisant le développement hospitalier de la fin de siècle. Cette tendance « (...) provient aussi d'une différenciation fonctionnelle accrue entre établissements hospitaliers que la mise en réseau ne fait qu'accroître volontairement. Pour des raisons budgétaires, les services de santé publique concentrent dans certains établissements l'équipement médico-technique nouveau et coûteux. Les petits hôpitaux périphériques se concentrent sur une médecine plus légère, souvent axée autour de la réadaptation et de la gériatrie » (Donzé, 2003, p.296).

L'historien constate que les interventions des autorités s'effectuent en deux temps. Dans un premier mouvement, « on observe des aménagements visant à réduire les équipements subventionnés à double et un rapprochement entre établissements voisins. Ensuite, on entre dans une seconde phase qui remet beaucoup plus fondamentalement en question les systèmes hospitaliers, celle de la mise en réseau » (Donzé, 2003, p.300). La mise en réseau s'érige en paradigme dominant de la réorganisation hospitalière. Les différentes productions législatives, la LAMal et ses révisions, créent un contexte favorable à de telles réorganisations. La mise en réseau est protéiforme. Dans certains cas, il s'agit davantage d'une concentration que d'une mise en réseau. Dans d'autres, elle structure des liens entre différents types d'établissements (établissements de soins aigus, de soins de longue durée, médico-sociaux) et tente parfois d'associer le secteur ambulatoire. Enfin, certaines mises en réseau s'accompagnent de nouvelles répartitions des disciplines entre les établissements.

Ces éléments historiques permettent de comprendre l'origine et les axes de réforme et illustrent l'évolution du système hospitalier de manière générale. La réalité de la planification se déroule cependant, au quotidien, dans les cantons¹³. C'est à ce niveau institutionnel que l'étude de la cohérence peut intervenir.

¹³ Pour le canton du Valais voir : Vouilloz Burnier Marie-France & Barras Vincent (2004). De l'hospice au réseau santé: santé publique et systèmes hospitaliers valaisans XIXe-XXe siècles. Sierre : Editions Monographic.

4.2. Historique de la planification hospitalière : Berne

Antérieurement à la LAMal

Bien qu'un travail de planification hospitalière ait été réalisé en 1978, le canton de Berne accélère son processus de planification durant les années 1990 (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du Canton de Berne, 2010, p.2). En 1994, le canton procède à un examen de son système de soins hospitaliers généraux et de longue durée, motivé notamment par des questions d'ordre financier (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du Canton de Berne, 1994). Doté d'un centre médical (Hôpital de l'île), de 28 hôpitaux régionaux et de district, ainsi que de plusieurs hôpitaux privés, le canton de Berne totalise alors la norme de 5.6 lits pour 1'000 habitants (incluant l'assistance de base, l'assistance de base élargie et l'assistance médicale de pointe). Sur la base de différentes hypothèses, le rapport arrive à la conclusion que 3.6 lits pour 1'000 habitants suffiraient pour couvrir les besoins.

De la mise en œuvre à la LAMal à sa révision de 2007

Fort du constat de surdotation hospitalière, plusieurs paquets d'économies, dès 1995, influencent la structure hospitalière bernoise. Ainsi, les hôpitaux de district de Schwarzenbourg et d'Oberdiessbach ne proposent plus de prestations de soins aigus stationnaires. La mise en œuvre, dès 1999, du programme « Adaptation des structures 1999 (AS 99) » touche particulièrement le domaine hospitalier. Ce programme « a été conçu, d'une part, pour contribuer à l'assainissement des finances publiques et, d'autre part, pour optimiser, c'est-à-dire concentrer l'assistance hospitalière » (Canton de Berne, juillet 1998). Il s'explique aussi par l'impossibilité de réviser la Loi sur les hôpitaux de 1973. Le volet de concentration vise à ce que les soins stationnaires soient fournis par des groupes d'hôpitaux, constitués autour des hôpitaux régionaux, dotés d'une unité de soins intensifs reconnue. Les hôpitaux de district, qui évoluaient jusque-là d'une manière indépendante, ont donc dû à terme se regrouper avec des hôpitaux régionaux. La discipline de l'obstétrique était au centre de l'objectif de regroupement. Le programme AS 99 exigeait par ailleurs aux différents hôpitaux de proposer des plans d'économies.

La liste hospitalière de 1999 exprime les premiers effets du programme AS 99 (Canton de Berne, novembre 1999). En ce qui concerne la concentration des disciplines, les divisions d'obstétrique des hôpitaux des districts de Wattenwil, d'Erlenbach, de Huttwil, de Herzogenbuchsee, de Sumiswald, d'Aarberg et de Grosshöchstetten seront fermées, alors que d'autre part « suite à l'évaluation réalisée par la SAP (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale), le nombre d'établissements fournissant des prestations dans le domaine de la réadaptation médicale passe de 25 à 11 » (Canton de Berne, novembre 1999). En outre, les hôpitaux régionaux de Berthoud, d'Interlaken et de Langenthal fermeront leurs divisions de soins de longue durée. Enfin, l'hôpital d'enfants Wildermeth sera intégré à l'Hôpital régional de Bienne.

Malgré ces réformes, les propositions soumises par les hôpitaux dans le cadre du programme AS 99 restent insuffisantes pour atteindre les objectifs financiers et structurels. Le programme a donc été échelonné sur deux ans « afin d'accorder une plus grande marge de manœuvre aux hôpitaux et de rendre les restructurations socialement supportables » (Canton de Berne, juillet 2008). De nouvelles décisions seront prises et, au 1er janvier 2001, cinq hôpitaux de district (Jegenstorf, Grosshöchstetten, Wattenwil, Sumiswald et Herzogenbuchsee) ont cessé leurs activités de soins aigus et ont changé de mission ou fermé leurs portes. Une fois ces changements intervenus, la nouvelle stratégie en matière de planification hospitalière prévoit que « le Conseil-exécutif adoptera (...) une nouvelle liste

des hôpitaux, qui n'admettra plus que 22 sites et dont la validité sera illimitée » (Canton de Berne : juin 1999). Cette nouvelle liste, entrée en vigueur dès le 1er janvier 2000, est également l'occasion de mettre à jour la création de groupements hospitaliers. Il est prévu que ceux-ci se répartissent autour de six zones distinctes : Oberland est, Oberland ouest, Région de Berne, Emmental, Haute-Argovie, Bienne-Jura bernois¹⁴.

Aux anciens groupements hospitaliers SRO (Haute Argovie) et Groupe A (Oberland), la liste hospitalière inclut quatre nouveaux groupements hospitaliers : « le groupe hospitalier FMI (hôpital régional d'Interlaken et hôpitaux de district de Meiringen et Frutigen), l'Hôpital du Jura bernois (hôpitaux de district de Moutier et St-Imier), le groupement «Neue Horizonte» (hôpitaux de district d'Aarberg et de Belp, en association avec l'hôpital privé du Lindenhof, à Berne) » et le groupe hospitalier Sonnenhof - Saanen (hôpital de district de Gessenay en association avec la clinique privée Sonnenhof AG)» (Canton de Berne, septembre 1999).

Une fois cette restructuration hospitalière effectuée, le canton de Berne s'est attelé à la révision de sa Loi sur les hôpitaux. Entrée en vigueur le 1er janvier 2006, la nouvelle Loi sur les soins hospitaliers « se fonde sur le principe de la décentralisation générale et de la concentration régionale, de manière à tenir compte des besoins de la population de toutes les régions du canton. Il dispose que l'assistance de base générale est assurée par des centres hospitaliers régionaux (CHR) » (Canton de Berne, septembre 2002). Dans les faits, le Conseil-exécutif arrête les besoins hospitaliers pour les différentes régions et il revient aux CHR de les appliquer en décidant la répartition des disciplines parmi les différents établissements hospitaliers composant la région. L'idée d'une planification hospitalière par région avait déjà été proposée par le Conseil-exécutif pour entrer en vigueur en 1999, mais cette proposition avait été repoussée par le Grand Conseil. La Loi sur les soins hospitaliers et le passage à un financement des prestations par groupes de diagnostics (entré en vigueur au 1er janvier 2007) ont impliqué une mise à jour des budgets des centres hospitaliers, ce qui amena certains groupements hospitaliers à opérer à des réorganisations et des fermetures (Canton de Berne, mars 2007). Ainsi, le 1er janvier 2007, la réorganisation du tissu hospitalier bernois est achevée par le regroupement des anciens hôpitaux de districts et hôpitaux régionaux dans six CHR, plus l'Hôpital du Jura Bernois.

La seconde révision de la LAMal et ses suites

Le canton de Berne présente une première planification des soins, pour la période 2007-2010, régissant les soins aigus somatiques, la réadaptation, la psychiatrie, les soins préhospitaliers et les métiers des soins et de l'encadrement. Concernant les soins aigus, cette planification prévoit une stabilisation du nombre de patients d'ici à 2010, mais également une baisse du nombre de nuitées. Des mesures doivent être prises afin que, compte tenu de ces éléments, la qualité des prestations soit assurée. La planification prévoit en outre que « l'offre des centres hospitaliers régionaux sera optimisée par la mise en place de soins post-aigus, de centres de gériatrie régionaux et de soins palliatifs. Comme dans le domaine des soins aigus, la planification de la réadaptation repose sur un report du secteur hospitalier sur le secteur ambulatoire, avec toutefois une expansion de la réadaptation gériatrique » (Canton de Berne, juillet 2007). Sur le plan méthodologique, cette planification, pour son volet hospitalier, se distingue par l'utilisation d'une approche statistique non plus liée aux capacités en termes de lits, mais aux prestations (Weaver, Cerboni, Oettli, Andenmatten & Widmer, 2009, p.12).

¹⁴ Il n'aura toutefois pas été possible de regrouper ces deux zones en une seule.

La liste des hôpitaux promulguée en 2007 a toutefois été rejetée en février 2009 par le Conseil fédéral, suite à un recours déplorant que cette liste n'arrête pas de capacités contraignantes en termes de lits pour les différents établissements. La liste hospitalière de 2009 fait quant à elle l'objet de trois recours, notamment de la part de l'association des assureurs-maladie et de deux cliniques privées. Le recours des assureurs-maladie est à nouveau motivé par la question des capacités contraignantes. Des capacités limitées en nombre de lits sont finalement intégrées pour la première fois dans la liste hospitalière 2010 (Canton de Berne, décembre 2009). Par ailleurs, cette même liste hospitalière prévoit un nombre minimal de dix cas pour obtenir un mandat de prestations. Cette mesure a pour but d'envisager de nouvelles concentrations dans certaines spécialités. En raison des recours, cette liste n'a pu non plus rentrer en vigueur et le système hospitalier bernois est toujours régi selon la liste hospitalière de 2005.

Le canton de Berne présentera une nouvelle planification qui portera sur la période 2011-2014 et l'on sait d'ores et déjà que « trois sites hospitaliers – Meiringen, Huttwil et Belp – ont renoncé [aux] soins aigus somatiques et se sont réorientés vers une mission de centre de santé ou de clinique de réadaptation gériatrique » (Office des hôpitaux, 2010).

4.3. Historique de la planification hospitalière : Fribourg

Antérieurement à la LAMal

Le canton de Fribourg opère une première évaluation de ses besoins hospitaliers en 1983, qui débouche sur la constatation qu'il n'est pas nécessaire de modifier le nombre de lits hospitaliers pour faire face aux perspectives futures (Lüthi, 2002). L'offre hospitalière fribourgeoise se compose alors d'un hôpital cantonal, de 6 hôpitaux de district et de 3 cliniques privées. Un constat divergent est fait six ans plus tard et une première planification sanitaire « Médiplan 89 – organisation du réseau hospitalier » est adoptée en 1989 par le Conseil d'Etat. Les auteurs de ce plan relèvent qu'« avec un hôpital cantonal, six hôpitaux de district et trois cliniques privées, le canton de Fribourg n'est pas rationnellement doté en établissements pour soins physiques. Ces derniers sont en effet trop nombreux et certains d'entre eux sont de taille trop restreinte, ce qui empêche une gestion optimale tant sous l'angle de l'économie que de la qualité des soins » (Conseil d'Etat Fribourg, 1989, p.51). Proposition est alors faite de fermer certains établissements et de concentrer les lits pour une utilisation plus adéquate des ressources. Face à la réaction de la population, le Conseil d'Etat revoit sa copie et, en 1990, le « Rapport complémentaire au plan médico-hospitalier Médiplan 89 » « (...) ne parle plus de fermeture, mais de réorganisation. Deux établissements sont élevés au rang d'hôpitaux régionaux, les autres voient leurs services – et notamment les urgences – réduits » (Mayencourt, 1997), mais conservent à moyen terme les services de médecine et de chirurgie.

Cette version édulcorée de la planification sanitaire ne bénéficie malgré tout pas d'un soutien suffisant. En 1991, une initiative populaire demandant le maintien de tous les hôpitaux est déposée. De surcroît, l'initiative propose que la décision de changement de mission d'un hôpital revienne aux communes, propriétaires des hôpitaux, et non plus aux autorités cantonales. Cette initiative est acceptée par le peuple en mars 1993, enterrant définitivement par l'occasion le projet Médiplan.

De la mise en œuvre à la LAMal à sa révision de 2007

L'acceptation de la LAMal force les cantons à proposer une nouvelle planification hospitalière. Le canton de Fribourg élabore une approche qui inclut les régions, les autorités locales et les responsables des hôpitaux de district. Une commission de planification est créée en ce sens. Celle-ci évalue les besoins hospitaliers du canton et émet des propositions : « Outre l'Hôpital cantonal, seuls deux autres hôpitaux polyvalents devraient assurer, pour l'ensemble du canton, le traitement des patients en phase aiguë de leur maladie : l'un sera situé dans le sud du canton, l'autre dans la partie nord-est. La commission a même envisagé une variante proposant de ne prévoir que deux établissements polyvalents pour l'ensemble du canton (...) » (Commission de planification hospitalière du canton de Fribourg, 1997, p.51). Les autres établissements hospitaliers seraient transformés en centres de traitement et de réadaptation. L'intégration des différents partenaires, mais également la prise de conscience de l'augmentation des coûts de la santé, permet de trouver un consensus. La « Planification hospitalière du Conseil d'Etat du canton de Fribourg » est présentée au Grand Conseil en août 1997 (Lüthi, 2002, p.23). L'Hôpital cantonal est considéré comme hôpital de référence pour toutes les prestations spécialisées non allouées par les autres hôpitaux, principalement dans les domaines de la cardiologie, de la pneumologie et de la neurologie. Il endosse également le rôle d'hôpital de soins aigus pour le centre du canton. Les hôpitaux de Meyriez et Tavel demeurent des hôpitaux de district et conservent la dispensation de soins aigus. Dans le sud du canton, l'Hôpital de Riaz devient l'hôpital de soins aigus couvrant les trois districts du sud du canton et les établissements de Châtel-Saint-Denis et de Billens sont transformés en Centre de soins et de réadaptation (CSR). Un recours est alors déposé par les assureurs-maladie contre la planification hospitalière de 1997 et la liste des hôpitaux de 1998 qui la concrétise. L'essentiel de l'argumentation porte sur l'attribution de lits de soins aigus à l'Hôpital de Meyriez.

Le site fribourgeois d'Estavayer et celui, vaudois, de Payerne sont regroupés le 1er avril 1999, finalisant des négociations entamées entre les deux cantons en 1992 (Donzé, 2003, p. 318). Les soins aigus sont concentrés sur le site de Payerne, alors qu'Estavayer devient un CSR. Les associations de communes en charge des Hôpitaux de Riaz, Châtel-Saint-Denis et Billens décident, en 2000, de concrétiser un mode de regroupement similaire pour le sud du canton en créant l'Hôpital du Sud fribourgeois (HSF). Dans sa planification précédente, le Conseil d'Etat avait déjà laissé entendre cette possibilité et approuve cette mise en réseau, qui sera effective en 2001.

En 2002, le Conseil fédéral rend sa décision sur le recours déposé par les assureurs-maladie quatre ans auparavant. Il est demandé au Conseil d'Etat « de revoir ses objectifs de planification hospitalière en terme de capacités en lits et de compléter la liste hospitalière par l'inscription des mandats de prestations que la planification doit attribuer aux hôpitaux » (Service de la santé publique du canton de Fribourg, 2008, p.26). A la fin de l'année 2004, conformément à la décision du Conseil fédéral, une nouvelle liste des hôpitaux est publiée. Le nouveau mandat de prestations octroyé à l'Hôpital de Meyriez « prévoit notamment le maintien d'une activité de soins aigus et la transformation de la moitié des lits pour la prise en charge des suites de traitement et de la réadaptation » (Service de la santé publique du canton de Fribourg, 2008, p.27). Il est décidé que l'Hôpital de Meyriez soit un centre de compétences pour la gériatrie. En contrepartie, l'Hôpital ferme sa maternité et les infrastructures lourdes. Un service ambulatoire 24/24h y est maintenu. Toutefois, cette nouvelle liste hospitalière est elle aussi contestée par les assureurs-maladie. Les nouvelles missions octroyées à l'Hôpital de Meyriez, ainsi que les missions et mandats de prestations attribués aux hôpitaux et cliniques privées, motivent

leur recours. En 2005, les cliniques privées Garcia et Sainte-Anne sont rachetées par le groupe Genolier, qui décide de fusionner ces deux entités au sein de la nouvelle Clinique Générale.

Le recours déposé est partiellement accepté par le Conseil fédéral dans une décision rendue en 2006. En ce qui concerne le maintien de 25 lits de soins aigus à l'Hôpital de Meyriez, le Conseil fédéral rappelle que « la planification sert notamment à contenir les coûts. (...) En revanche, le maintien et la promotion de l'économie régionale ne figurent pas parmi les buts de la planification hospitalière selon l'art. 39, al. 1 LAMal et ne peuvent ainsi être pris en compte lors de l'établissement de la liste » (Service de la santé publique du canton de Fribourg, 2008, p.28). La planification hospitalière effectuée depuis 1997 n'est toutefois pas remise en question, malgré l'admission partielle du recours. Un délai de 18 mois est accordé au canton « pour établir une nouvelle liste basée sur une analyse actualisée des besoins » (Conseil d'Etat Fribourg, février 2006).

Deux lois importantes sont promulguées durant l'année 2006 : la Loi du 27 juin 2006 concernant le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) et Loi du 5 octobre sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM). La première met en réseau les sites hospitaliers de Fribourg, de Riaz, de Tavel, de Meyriez, de Billens et de Châtel-Saint-Denis regroupés dès le 1er janvier 2007 sous le nom d'Hôpital fribourgeois (HFR), structure de droit public. La LSM regroupe quant à elle les activités psychiatriques stationnaires et ambulatoires, respectivement l'Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens, le service psychosocial et le service de pédopsychiatrie, sous l'entité juridique du Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (Service de la santé publique du canton de Fribourg, 2008, p.26). L'appellation définitive de Réseau fribourgeois de santé mentale sera arrêtée ultérieurement.

La seconde révision de la LAMal et ses suites

La dernière planification hospitalière en date, présentée en 2008, prévoit qu'au sein de l'Hôpital fribourgeois, la prise en charge des besoins soit différenciée selon les niveaux. « Les soins spécialisés somatiques aigus sont fournis par un hôpital central qui est l'hôpital de référence pour les prestations à caractère non universitaire. En matière de réadaptation et suite de traitement, les établissements offrent des prestations de base, mais peuvent également se voir attribuer un rôle d'hôpital de référence (mission cantonale) » (Conseil d'Etat du canton de Fribourg, février 2006). En outre, cette planification prévoit quelques changements dans les missions cantonales. En sus de certains soins aigus, une mission cantonale de neuroréhabilitation et de soins palliatifs est attribuée au site de Meyriez, alors qu'une mission cantonale de rééducation respiratoire et réadaptation cardio-vasculaire revient au site de Billens. Sur le plan méthodologique, cette planification se démarque, comme celle de Berne, par le fait qu'elle utilise un outil statistique basé sur une planification par prestations et non plus par capacités (Weaver, Cerboni, Oettli, Andenmatten & Widmer, 2009, p.12).

Début mai 2012, le Conseil d'administration de l'Hôpital fribourgeois (HFR) annonce une décision stratégique de principe relative à la réorganisation de la répartition des disciplines à l'horizon 2022. Les axes centraux de la décision concernent une étude de faisabilité sur la concentration des soins aigus sur un seul site et le développement de plusieurs sites de réadaptation et de médecine gériatrique. Les arguments évoqués se rapportent à un objectif de baisse des coûts pour répondre aux défis de la concurrence entre établissements hospitaliers, telle qu'elle découle de l'entrée en vigueur de la LAMal révisée sur le financement des hôpitaux, en janvier 2012. En effet, les pertes estimées se montent à 15 millions de francs pour la seule année 2012. Les potentiels d'économies sont identifiés : plateaux techniques d'abord, journées d'hospitalisations inappropriées, raccourcissement des durées de séjour,

meilleure coordination, etc., ensuite. La problématique d'un centre fort renvoie à la question des masses critiques, garantes de la qualité des prestations. Suite à cette annonce, les réactions sont vives. Comme dans tous les processus de planification hospitalière analysés, le régionalisme s'exprime d'emblée par la voix des politiques. Les résistances, presque de principe en cette matière, sont annoncées (La Liberté, 2012). A la logique de politique sanitaire et de pertinence médicale s'oppose la logique de politique économique régionale.

4.4. Historique de la planification hospitalière : Tessin

Antérieurement à la LAMal

Dans les années 1960, « (...) une loi approuvée lors d'une votation populaire très disputée, a procédé à une nette séparation au sein du secteur hospitalier : entre d'un côté, les hôpitaux d'intérêt public (...) et, de l'autre côté, les cliniques et établissements hospitaliers qui n'avaient pas droit à une aide publique » (Bolgiani, 2000, p. 17). L'objet de cette loi résidait dans le financement hospitalier et seuls les hôpitaux reconnus d'intérêt public pouvaient bénéficier des subsides d'Etat et d'une garantie de couverture du déficit.

La loi sur les hôpitaux du 20 décembre 1982 institue une « entreprise » hospitalière de droit public, l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC). Cette entité regroupe les hôpitaux subventionnés, soit 4 quatre hôpitaux régionaux (hôpitaux de Bellinzone, Lugano, Locarno, Mendrisio) et trois hôpitaux de zones (hôpitaux de Cevio, Faido, Acquarossa). Les hôpitaux régionaux fournissent l'assistance de base et différents services spécialisés, alors que les hôpitaux de zone assument la médecine générale et les soins de rétablissement. L'hôpital Malcantonese de Castelrotto n'intègre pas l'EOC et se mue en clinique privée. L'EOC est chargée de rédiger tous les quatre ans « un plan hospitalier, dans lequel sont définis la taille, l'équipement des différents hôpitaux et les fonctions qu'ils doivent occuper » (Bolgiani, 2000, p.21). Cette planification est ensuite présentée au Conseil d'Etat.

Durant les années 1990, les efforts de planification sont poursuivis, notamment avec le regroupement progressif des pédiatries au sein de deux hôpitaux régionaux. En outre, il était prévu d'unifier les deux hôpitaux de Lugano en concentrant le service de médecine à l'hôpital « Civico » et en reconvertissant l'hôpital « Italiano ». Cette proposition sera refusée en mars 1994 en votation populaire. Indépendamment du résultat de la votation, « le Conseil d'Etat du canton du Tessin a interdit, à travers une résolution, l'augmentation du nombre de lits aigus par rapport au nombre de lits existants en 1994. Cette résolution temporaire a été en vigueur jusqu'au 31 décembre 1997 » (Bolgiani, 2000, p.29 (annexes)).

De la mise en œuvre à la LAMal à sa révision de 2007

La Loi sur l'EOC prévoit que le financement étatique (canton et communes) des établissements de l'EOC ne doit pas dépasser les 18% des recettes fiscales. « Ce seuil joue en quelque sorte le rôle d'un budget global qui a permis (...) une compression des dépenses hospitalières. Cet instrument accompagné par la planification a permis notamment à l'Ente de réduire ses capacités et d'attribuer des mandats clairs à chaque hôpital public » (Bolgiani, 2000, p.7 (annexes)). Par ailleurs, la planification interne, établie pour la première fois en 1985 a également contribué au redimensionnement des établissements publics. De 1988 à 1999, le nombre de lits de l'EOC a ainsi baissé de 740 unités. La situation demeure paradoxale car, alors que le nombre de lits du secteur public diminue, l'inverse prévaut pour le secteur privé.

En décembre 1997, une planification hospitalière est publiée comme l'exige la LAMal. Le décret sur la planification concernant les instituts autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance de base fait alors l'objet d'un recours de la part de la Fédération Tessinoise des assureurs-maladie, qui estime que rien n'est entrepris pour réduire une offre en lits trop abondante.

En 1999, un nouveau groupe de travail chargé de la planification hospitalière est mis sur pied. Se basant sur des critères statistiques, il propose de retenir une norme de 7 lits pour 1'000 habitants, ce qui correspond à une diminution de 406 lits [par rapport à la situation en vigueur]. Le groupe recommande que cette baisse du nombre de lits soit complétée par l'octroi de mandats de prestations différenciés et détaillés. En juin 2000, proposition est faite de supprimer 454 lits dans une première étape, puis d'atteindre une baisse d'environ 800¹⁵ lits d'ici 2005. Suivant le système de mandats de prestations, « un exemple concret de collaboration et de partage des tâches entre deux établissements [a été] réalisé à Lugano, où les deux hôpitaux se sont distribués les spécialisations en fonction de la complexité des cas » (Bolgiani, 2000, p.10 (annexes)). De façon similaire, dès le 1er juin 1999, la région du Sopraceneri dispose d'un hôpital multisite regroupant les hôpitaux de Bellinzzone (régional), de Faido (de zone) et d'Acquarossa (de zone).

En 2000, le Conseil fédéral statue sur le recours déposé par les assureurs-maladie. Si d'une part, il confirme la liste hospitalière établie en 1997, « (...) il impose au canton du Tessin un certain nombre d'obligations visant à corriger différentes lacunes, dont la surabondance en lits. Le canton du Tessin s'engage donc, pour le 30 juin 2001, à réduire cette même surabondance » (Bolgiani, 2000, p.19 (annexes)).

Plus que durant les années 1960, le secteur hospitalier privé occupe une place importante dans le canton du Tessin. En 2000, il compte 5 cliniques de soins aigus, 2 cliniques de réhabilitation, 4 cliniques psychiatriques, 8 cliniques pour un moyen-long séjour. Undritz remarque à cet effet que « (...) toute la catégorie des lits de réhabilitation et de long-moyen séjour semble être délibérément laissée au secteur privé » (Bolgiani, 2000, p.16). Le canton du Tessin collabore toutefois de différentes manières avec le secteur privé (Bolgiani, 2000, p.11). Ainsi, des cliniques privées du Sottoceneri complètent le secteur public pour la prise en charge des séjours de longue et moyenne durée.

Une nouvelle mouture de la loi a été approuvée par le Conseil d'Etat le 19 janvier 2000 et est entrée en vigueur au 1er janvier 2001. Celle-ci prévoit d'importants changements concernant financement et les compétences en matière de planification. En effet, les communes ne participeront plus au financement de l'EOC, qui continuera à être assumé par les assurances sociales et le canton. De même, alors qu'antérieurement les compétences en termes de planification hospitalière revenaient à l'EOC, celles-ci sont désormais transférées aux autorités cantonales. De manière générale, cette nouvelle loi est à l'origine d'une nette séparation entre le domaine du stratégique et de l'opérationnel (Bolgiani, 2000, p.5 (annexes)). Le premier relevant des compétences de l'Etat alors que le second revient à l'EOC.

La même année, la révision de la Loi d'application de la LAMal, prévoit qu'à partir du 5 juin 2001, l'élaboration de la liste hospitalière et l'approbation de la planification hospitalière ne relèvent plus des compétences du Conseil d'Etat, mais du Grand Conseil. La révision de la loi hospitalière marque l'achèvement d'une première phase de la planification hospitalière tessinoise. Les effets des décisions

¹⁵ Chiffre comprenant la première baisse de 454 lits.

prises lors de cette première phase se mesurent par la fermeture de 454 lits de soins aigus dont une centaine a été reconvertie en lits médico-sociaux. Une seconde phase de planification hospitalière a été ensuite approuvée par le Gouvernement à la fin 2005 et aboutit à la fermeture de 209 lits de soins aigus. Depuis 1996, ce ne sont pas moins de 835 lits qui ont été fermés ou reconvertis, atteignant en ce sens l'objectif décidé en 2000. La réduction s'est faite de manière linéaire et tous les secteurs ont été touchés. Celui des soins somatiques a fermé plus du tiers de ses lits, celui des soins de longue durée plus du cinquième et le secteur psychiatrique un peu moins du dixième. Sept établissements ont été reconvertis en établissements médico-sociaux et trois ont fermé leurs portes.

Suite à la seconde phase, une nouvelle planification hospitalière est entrée en vigueur le 2 octobre 2007. Deux recours ont été formulés à son encontre. Cette planification est encore en vigueur actuellement.

4.5. Historique de la planification hospitalière : Vaud

Antérieurement à la LAMal

Le canton de Vaud fut l'un des premiers à disposer d'un « Plan hospitalier cantonal », adopté par le Conseil d'Etat en 1966 (Gilliand, 1969). Toutefois, cette planification s'apparentait davantage à un état des lieux et à des perspectives qu'à une réelle volonté d'organiser le système hospitalier. Il faudra attendre 1974 et le rapport « Planification de la santé publique et des hôpitaux à l'échelon cantonal » pour qu'une planification effective soit établie. Depuis cette date-là, le nombre de lits hospitaliers cesse d'augmenter et se met à décroître régulièrement (Montavon, 2007). La décennie suivante est marquée par d'importants bouleversements au sein du tissu hospitalier vaudois. Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) est inauguré en 1982, onze ans après la pose de la première pierre de la cité hospitalière. L'ancien Hôpital cantonal a achevé sa mue et la capitale vaudoise se dote d'un hôpital universitaire regroupant ses activités sur un seul site.

Au début des années 1990, le canton de Vaud se rapproche de son voisin genevois s'agissant des activités hospitalo-universitaires. Créé à cet effet en 1990, le Bureau de coordination Vaud-Genève présente durant les années suivantes 23 projets concrets de collaboration, notamment la création d'un département Vaud-Genève de neurochirurgie, le centre romand d'implants cochléaires, la centrale d'achat et d'ingénierie biomédicale des hôpitaux universitaires Vaud-Genève, le bureau Vaud-Genève des médicaments. Toujours en 1990, le Conseil d'Etat vaudois décide de la création du Service des Hospices cantonaux. Cette nouvelle entité, opérationnelle dès l'année suivante, regroupe les établissements sanitaires cantonaux des domaines somatiques et psychiatriques, les instituts sanitaires universitaires ainsi que les écoles cantonales de formation aux professions de la santé.

Un premier processus de concentration et de rapprochement hospitalier avait débuté en 1985 par la fusion des hôpitaux de Saint-Loup (Yverdon-les-Bains) et d'Orbe. Lors de cette fusion, l'obstétrique et la gynécologie avaient été concentrées à Yverdon puis, en 1992, l'Hôpital d'Orbe était transformé en Centre de traitement et réadaptation (CTR). Parallèlement au processus de concentration hospitalière, le Conseil d'Etat vaudois propose, en 1992, répondant à un postulat, la création de « réseaux de soins coordonnés » dans le but d'optimiser le secteur sanitaire. Les « réseaux de soins coordonnés » tels que proposés par le Conseil d'Etat se fondent « sur une coopération à bien plaisir entre institutions autosuffisantes. [Dès] lors, il est apparu clairement que la coopération n'est recherchée que lorsqu'elle concorde avec l'intérêt des institutions » (Canton de Vaud, 1997, p.4).

Entrepris en 1993, le plan d'austérité OrCHidée I, programme cantonal d'économies budgétaires, engendrera pour son volet hospitalier, notamment en regard des évolutions des pratiques médicales, la suppression d'un certain nombre de lits au CHUV et au sein d'établissements du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV) (Canton de Vaud, 1997, p.49). Les hôpitaux membres du GHRV seront à nouveau concernés, en 1995, par le programme d'austérité « Equation 33 » (qui s'étend jusqu'en 2000¹⁶) (Canton de Vaud, 1997, p.49). Ces deux programmes d'austérité constituent un cadre à l'intérieur duquel va se poursuivre le processus de planification hospitalière du canton de Vaud.

De la mise en œuvre de la LAMal à sa révision de 2007

Depuis le 1er janvier 1993, les collaborations entre les cantons de Vaud et Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux sont financées par une loi ad hoc dont la durée est toutefois limitée à 1997. Les Parlements vaudois et genevois votent cette année-là la création du Réseau Hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO), qui concrétise l'aboutissement de la collaboration Vaud-Genève pour les activités de médecine universitaire. Le vote des Parlements sera pourtant désavoué ultérieurement par le peuple genevois et n'entrera donc pas en vigueur.

En 1997, le Grand Conseil adopte les Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire (NOPS), dont la base légale figure dans la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES). L'organisation du système de santé en réseaux de soins fait partie de ces grandes orientations. Une marge d'appréciation est laissée quant aux types de prestataires intégrés dans ces réseaux de soins. Cependant, pour qu'un projet de réseau soit reconnu comme répondant aux conditions NOPS, il doit compter au moins un hôpital de zone. Compte tenu de l'échec des réseaux de soins tels que proposés en 1992, un « Fonds d'innovation et d'appui à la constitution des réseaux de soins » est mis sur pied. Il contribue à promouvoir la création de ces réseaux.

Au 1er janvier 1998, les hôpitaux orthopédique, ophtalmique, de l'enfance et la clinique du Vallon quittent le GHRV pour rejoindre les Hospices cantonaux. « Hospice 2002 », le plan stratégique des Hospices cantonaux, est publié durant cette même année et étend son action jusqu'en 2001.

En 2000, un premier bilan de l'évolution du système hospitalier est dressé. Ainsi, entre 1998 et 2000, pas moins de sept réseaux ont été constitués et s'ajoutent aux Hospices cantonaux :

- Hôpital Riviera (Hôpitaux de Vevey-Samaritain, de Montreux et de Mottex ; 1998) rejoint ultérieurement par La Providence
- Hôpital du Chablais (Hôpitaux d'Aigle et de Monthey (VS) ; 1998)
- CHYC, Centre hospitalier Yverdon-Chamblon (Hôpitaux d'Yverdon et de Chamblon ; 1999),
- Hôpital intercantonal de la Broye (Hôpitaux d'Estavayer et de Payerne ; 1999),
- Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (Établissements de Nyon et de Rolle ; 1999),
- Ensemble hospitalier de La Côte (Établissements de Morges et Gilly ; 2000)
- RESHO (Hôpital de Saint-Loup, d'Orbe et de la Vallée de Joux ; 1999).

Cette transformation du système hospitalier rencontre des résistances. Le 28 octobre 1997, une pétition munie de près de 2'400 signatures est déposée auprès des autorités (Canton de Vaud, 2004, p.206). Elle émane du Pays-d'Enhaut, qui craint pour le futur de son hôpital. En 1999, une initiative populaire « Pour

¹⁶ A « Equation 33 » se voit succéder un nouveau programme dit « Table Ronde », qui contient 8 mesures relatives au système hospitalier.

des hôpitaux de proximité » est lancée en réaction au programme Equation 33 qui prévoit la réduction de lits dans les hôpitaux de La Vallée et du Pays-d'Enhaut et la suppression totale des lits de soins aigus à Moudon et Bex (Conseil d'Etat, Vaud, 1999). Cette initiative aspirant à donner davantage de compétences au Grand Conseil en matière de planification hospitalière a été refusée le 24 septembre 2000 par le peuple vaudois. Durant la même période, l'Hôpital du Lavaux passe en deux étapes (2000 et 2003), sur décision du Conseil d'Etat, du statut d'hôpital de soins aigus en CTR, pour faire face au manque de lits de réadaptation (Canton de Vaud, septembre 2002).

En 2003, un second plan stratégique du CHUV est présenté et porte sur la période 2004-2007. A la fin de cette même année, le Conseil d'Etat rédige un rapport portant sur la politique sanitaire 2003-2007, qui sera présenté au Grand Conseil l'année suivante. Le Conseil d'Etat retient parmi ses principaux objectifs le regroupement « [des] équipements et [des] compétences en matière de soins aigus somatiques sur un nombre limité de sites, en réalisant en priorité le Centre hospitalier de l'Est vaudois (...) » le soutien aux « Hospices et [aux] institutions affiliées dans leur mission d'assurer les prestations de type universitaire pour l'ensemble du canton et pour une partie de la Suisse romande » (Canton de Vaud, 2004, p.145). En outre, le Conseil d'Etat préconise le renforcement des soins de proximité et la prise en charge des maladies chroniques.

Comme énoncé par le Conseil d'Etat, en 2005, les deux réseaux hospitaliers, RESHO et CHYC fusionnent et forment les eHnv (Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois). Le secteur mère-enfant existant sur le site de Saint-Loup est transféré à Yverdon. La même année, un bilan relatif aux réseaux de soins montrait que leur nombre avait été réduit. A terme, il ne devrait subsister que quatre réseaux de soins, correspondant ainsi aux quatre grandes régions du canton (Centre, Ouest, Est, Nord), également utilisées pour déterminer le nombre de réseaux hospitaliers.

La seconde révision de la LAMal et ses suites

L'année 2008 voit l'adoption par le Conseil d'Etat de deux rapports de planification « Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 » et du « Plan stratégique du CHUV 2009-2013 » et leur présentation simultanément au Grand Conseil. Le plan stratégique du CHUV met en avant la création de 5 centres d'excellence (maladies cardio-vasculaires et métaboliques, cancer, neurosciences cliniques, immunologie et maladies infectieuses, bioengineering et ingénierie médicale). Le rapport de politique sanitaire prévoit pour son volet hospitalier la poursuite de la réorganisation hospitalière, en regroupant les services de soins aigus sur un nombre limité de sites. A cet effet, la construction sur le site de Rennaz de l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais, Vaud-Valais remplacera les sites de la Riviera (Samaritain, Montreux et La Providence) et ceux de l'Hôpital du Chablais (Aigle et Monthey). Il en est de même en ce qui concerne les lits de neuroréhabilitation qui seront concentrés dans une filière cantonale unique. A cet effet, les établissements de Plein-Soleil et Lavigny ont fusionné en 2008 et se sont répartis les missions (mission d'EMS pour Plein-Soleil et de neuroréhabilitation pour Lavigny).

4.6. Historique de la planification hospitalière : Valais

Antérieurement à la LAMal

Les premières planifications hospitalières valaisannes sont élaborées en 1966, 1970, 1982 et 1987. Le concept de planification de 1966 proposait déjà de regrouper les six hôpitaux de soins aigus existants (Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny et Monthey) en trois hôpitaux de secteurs (Martigny, Sion, Viège).

L'idée a été reprise dans le concept de planification de 1970, sans pour autant pouvoir être mise en œuvre. La planification de 1982 vise une réduction du nombre de lits de soins somatiques aigus en fixant une norme de 4.3 lits pour 1'000 habitants et en prévoyant de réaffecter les moyens ainsi dégagés à l'aménagement de lits pour malades chroniques.

Malgré l'attention croissante portée par l'Etat à la planification hospitalière, celle-ci peine à se mettre en œuvre, faute de compétences suffisantes. La situation évolue avec la loi de 1988¹⁷ et son décret d'application de 1989¹⁸. La reconnaissance d'utilité publique et le respect de la planification sanitaire et hospitalière deviennent des conditions indispensables pour bénéficier d'un subventionnement cantonal. De plus, par décision du Conseil d'Etat de novembre 1990, la dette des hôpitaux est reprise par le canton. En 1992, les autorités décident de la fermeture de 200 lits de soins aigus sur trois ans.

De la mise en œuvre à la LAMal à sa révision de 2007

L'année 1996 est marquée par l'adoption de la nouvelle Loi cantonale sur la santé. Le rôle de la planification cantonale est ainsi renforcé. Conformément à la LAMal, seuls les établissements figurant sur la liste hospitalière du canton peuvent exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La loi cantonale sur la santé de 1996 précise, quant à elle, que le Conseil d'Etat définit, par la planification sanitaire, la politique cantonale en matière de santé. Le subventionnement reste conditionné au respect de la planification sanitaire et est réservé aux établissements reconnus d'intérêt public.

En 1996, le Conseil d'Etat présente son « Concept hospitalier valaisan », dont l'objectif est de « favoriser l'offre de prestations hospitalières ambulatoires et semi-stationnaires, avec pour objectif de réduire autant que possible l'offre du secteur stationnaire » (Département de la santé publique du Canton du Valais, 1996, p.16). Ce concept comporte plusieurs éléments d'opérationnalisation, tels qu'une nouvelle norme de lits de soins somatiques aigus (3.2 lits pour 1'000 habitants) et l'attribution de mandats de prestations pour les disciplines médicales de base et spécialisées (Département de la santé publique du Canton du Valais, 1996, p.33). La prise en charge de base est décentralisée dans les six hôpitaux régionaux et certaines disciplines sont centralisées, voire cantonnalisées. Elle englobe la chirurgie générale, la médecine interne, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie (exception faite de la néonatalogie), l'anesthésiologie et la radiologie. La pneumologie, la chirurgie thoracique, la cytologie-pathologie, la radiothérapie sont cantonnalisées, tout comme la psychiatrie stationnaire (sur deux sites, un par région linguistique). D'autres disciplines sont centralisées au sein des régions. Par exemple, l'urologie est centralisée à Brigue, alors que l'ophtalmologie l'est à Sierre. D'une manière générale, cette planification « permet d'offrir sur tout le territoire cantonal des prestations hospitalières de qualité et de garantir une répartition judicieuse des tâches entre les différents hôpitaux » (Département de la santé publique du Canton du Valais, 1996, p.1). Traduites en chiffres, les décisions du Conseil d'Etat de 1992 et 1996 ont permis la suppression de plus de 400 lits de soins somatiques aigus en Valais entre 1992 et 2003.

¹⁷Loi cantonale du 17 novembre 1988 sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires publics.

¹⁸Décret du 15 novembre 1989 sur le subventionnement des hôpitaux.

En 1998, un hôpital unique multisite est mis en place pour la région du Chablais, située à cheval sur les cantons du Valais et de Vaud. L'Hôpital du Chablais dessert un bassin de population de 70'000 habitants. La chirurgie, la médecine et les soins intensifs sont dispensés sur le site de Monthey, alors que la pédiatrie, la gynéco-obstétrique et la chirurgie programmée, sur le site d'Aigle. Cette réorganisation hospitalière est le prélude à la création de l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, qui sera constitué d'un seul site de soins somatiques aigus et de deux centres de traitement et de réadaptation (CTR).

Deux ans plus tard, conformément à la législation valaisanne, les autorités présentent les « Lignes directrices 2000 », qui servent de base à l'élaboration d'un Concept Hospitalier 2000. L'axe central de ces lignes directrices réside dans la création de trois réseaux hospitaliers, comportant chacun un hôpital multisite avec une répartition différenciée des disciplines, mais qui prévoyait tout de même le maintien des soins aigus sur les 6 sites hospitaliers. Les auteurs du rapport estiment que la taille du réseau hospitalier est liée au problème de son financement et que, si aucune réforme n'est entreprise pour baisser ces coûts, les ressources dévolues aux EMS et CMS pourraient manquer dans le futur (Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, 2000, p.4). En outre, la recherche d'un gain de qualité motive également ces réformes. Les Lignes directrices sont acceptées par le Conseil d'Etat en avril 2000, mais n'ont pu que très partiellement être mises en œuvre. A l'exception du Chablais, ces lignes directrices se sont heurtées à la résistance des associations hospitalières propriétaires des hôpitaux, associations regroupant généralement des communes.

Après l'échec des Lignes directrices 2000, un premier décret du Grand Conseil institue le Réseau santé Valais (RSV) comme entité administrative regroupant l'ensemble des établissements hospitaliers publics. L'année suivante, le Conseil d'Etat « constate que la planification hospitalière est bloquée. Le statut juridique des hôpitaux, la dispersion des pouvoirs et l'inadéquation entre payeurs et décideurs le convainquent de proposer un second décret adopté par le Grand Conseil le 4 septembre 2003. Les principaux changements apportés concernent la suppression de la participation financière des communes, le transfert vers le RSV des compétences et des responsabilités des associations hospitalières, ainsi que la mise à disposition gratuite des infrastructures » (Observatoire valaisan de la santé, 2009). Ce nouveau décret permet de transférer au RSV les compétences et responsabilités des associations hospitalières propriétaires des sites. Il confie au RSV la tâche de diriger et gérer les établissements hospitaliers et les instituts médico-techniques liés aux hôpitaux reconnus d'intérêt public et subventionnés. En contrepartie, la participation financière des communes aux dépenses d'investissement et d'exploitation des hôpitaux est supprimée. Dès 2004, les conditions sont réunies pour permettre au RSV de mettre en œuvre la répartition des disciplines prévue par la planification hospitalière et de coordonner les activités des établissements.

Le « Concept hospitalier 2004 » s'inscrit dès lors dans la nouvelle dynamique hospitalière. Comme le prévoyait le second décret sur le RSV, les différents établissements hospitaliers sont réunis depuis le 1er janvier 2004 au sein du RSV, composé de trois centres hospitaliers du Haut-Valais (Spital Zentrum Oberwallis – SZO), du Valais central (Centre hospitalier du centre du Valais – CHCVs) et une partie du Bas-Valais¹⁹ et du Chablais (Hôpital du Chablais-HDC). Ces trois centres hospitaliers sont eux-mêmes composés de plusieurs sites. La planification hospitalière prévoit alors que chacun des trois centres hospitaliers alloue l'ensemble des prestations de base, pour un total de 700 lits de soins somatiques

¹⁹ Districts de Martigny et d'Entremont ainsi qu'une partie du district de St-Maurice.

aigus. La répartition des mandats de prestations octroyés aux différents sites se fait sur la base de la distinction entre :

- les cas complexes et/ou non programmés attribués aux sites disposant de soins intensifs et dont les salles d'opération sont ouvertes en permanence (Viège, Sion, Monthey),
- les cas simples et/ou programmés attribués aux sites sans soins intensifs et où les salles d'opération sont fermées la nuit et le week-end (Brigue, Sierre, Martigny).

Le 3 novembre 2005, l'initiative populaire « Soins pour tous » est déposée auprès des autorités cantonales, suite notamment à la fermeture de la maternité de Martigny. Elle demande qu'en plus de l'hôpital de Sion, qui deviendrait l'hôpital cantonal, un hôpital de soins aigus proposant l'ensemble des disciplines, à l'exception des disciplines cantonalisées, soit maintenu dans chaque zone hospitalière. Le critère de localisation fixé par l'initiative est l'éloignement géographique par rapport à l'hôpital de Sion, à savoir Martigny et Brigue. Les hôpitaux de Viège et Sierre perdraient leurs activités des soins aigus et de nouvelles missions devraient leur être attribuées, comme par exemple la prise en charge de personnes âgées et/ou des malades psychiques.

Le Grand Conseil a par la suite confirmé la voie de la mise en réseau des hôpitaux et, implicitement, la nouvelle répartition des disciplines médicales par l'adoption de la loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) du 12 octobre 2006 et le rejet de l'initiative soins pour tous, finalement retirée par le comité d'initiative. Le gouvernement a ainsi poursuivi le processus de concentration des disciplines et de création de centres de compétences. La planification hospitalière a été revue en 2006 et en 2008. Les décisions prises alors constituent des adaptations qui consolident la réforme de fond opérée avec la planification de 2004. Ainsi, l'hôpital de Gravelone à Sion est fermé en 2006 et transformé en EMS. De nouveaux regroupements de disciplines ont été effectués (gynécologie stationnaire à Viège et Sion ; chirurgie générale à Viège, Sierre et Sion ; gériatrie du Haut-Valais à Brigue ; soins palliatifs à Martigny et Brigue). Une révision de la loi sur les établissements et institutions sanitaires LEIS a été contestée par référendum en 2011. L'argument avancé par les opposants à la loi, du moins officiellement, a trait à la question du bilinguisme au sein du Réseau Santé Valais et renvoie aux relations entre les deux parties linguistiques et culturelles du canton. Le peuple valaisan, le 23 octobre 2011, a refusé la loi. Une commission extra-parlementaire a repris les travaux de révision de cette loi courant 2012 et doit rendre son projet en février 2013.

4.7. Historique de la planification hospitalière : Neuchâtel

Antérieurement à la LAMal

La taille du réseau hospitalier neuchâtelois occupe les responsables politiques depuis de longues années. Ainsi, en 1983, une étude de l'Institut suisse des hôpitaux souligne que la rénovation de l'ensemble des établissements hospitaliers de soins aigus entraînait une charge financière trop importante et qu'il eut été préférable de fermer trois établissements. Le Grand Conseil n'entra toutefois pas en matière. Des rapports de planification hospitalière, adressés au Grand Conseil par le Conseil d'Etat, sont ensuite publiés en 1987 et 1992. Ces trois rapports émettent le même constat : « le système hospitalier est surdimensionné, avec pour corollaire une sous-utilisation des équipements et un coût de fonctionnement inutilement élevé » (Service de santé publique du Canton de Neuchâtel, 1997, p.23). Le premier rapport, sur la base d'une expertise réalisée par l'Institut suisse de la santé publique, propose deux variantes : l'une regroupant les services hospitaliers sur deux centres (La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel), l'autre proposant le maintien du réseau hospitalier de l'époque en réduisant « partout » le

nombre de lits, solution retenue par le Conseil d'Etat (Service de santé publique du Canton de Neuchâtel, 1997, p.4). Le rapport de 1992 propose de redimensionner d'une manière quantitative (réduction du nombre de lits et services) et qualitative (modifications des missions) le réseau hospitalier (Service de santé publique du Canton de Neuchâtel, 1997, p.4). En octobre 1992, le Conseiller d'Etat Michel von Wyss présente alors un projet de planification qui prévoit la transformation de trois établissements de soins en aigus, La Béroche, Landeyeux (Val-de-Ruz) et Le Locle, en hôpitaux de transition. Ce projet crée des remous au sein de la population et est finalement rejeté par le Grand Conseil en 1993.

Un nouveau rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil est présenté en 1995. Pour pallier la surdotation en lits, il propose le redimensionnement du secteur hospitalier et la mise en réseau des hôpitaux. « Ces orientations visent à justifier les projets de restructuration en Ville de Neuchâtel (fusion Cadolles-Pourtalès, adaptation de La Providence²⁰). Sur ce seul point, le rapport a atteint son but » (Service de santé publique du Canton de Neuchâtel, 1997, p.4). Fusionnés juridiquement en 1979, les deux hôpitaux de la ville de Neuchâtel poursuivent leur développement. En 1995, le peuple neuchâtelois accepte à 86% un crédit de construction pour le Nouvel hôpital Pourtalès (NHP).

De la mise en œuvre à la LAMal à sa révision de 2007

Le début de l'année 1996 marque l'entrée en vigueur de nouvelles bases légales. Sur le plan cantonal, la Loi sur la santé « confie au Conseil d'Etat la tâche d'établir la planification (...), de désigner les catégories d'hôpitaux et de déterminer les services qui y sont exploités (...) » (Conseil d'Etat du Canton de Neuchâtel, 1999, p.8). Le canton de Neuchâtel travaille alors sur des nouveaux scénarios hospitaliers (« Eléments de base pour la planification sanitaire cantonale » présenté en décembre 1997 ; « Planification sanitaire cantonale « Santé 21 » rapport intermédiaire de décembre 1998). Deux initiatives sont déposées suite au rapport du Conseil d'Etat du 16 décembre 1998, l'une vise un moratoire des constructions afin d'éviter des investissements hospitaliers inadaptés, alors que l'autre demande une votation populaire pour chaque modification significative du système hospitalier cantonal.

Le Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification sanitaire, du 25 août 1999, finalise les propositions de réformes hospitalières neuchâteloises. « Le désenchevêtrement et le recentrage des missions les plus techniques et les plus coûteuses sont au centre de la réforme proposée » (Dusong, 1999, p. 21). Une norme de 3.8 lits (A et B) pour 1'000 habitants est retenue. En conséquence, plus d'une centaine de lits sont supprimés. Tous les hôpitaux subissent cette mesure, mais le NHP et l'Hôpital du Locle en fermeront le plus grand nombre. Le Conseil d'Etat juge alors que des deux initiatives déposées précédemment, la première est vidée de son sens par la planification alors que la seconde n'est pas recevable pour des motifs juridiques. Le rapport de 1999 évoquait le manque de clarté et l'enchevêtrement des missions comme source d'inefficience. Il prévoyait certains changements de missions. Ainsi, le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du Locle est fermé en juin 1999 puis, en décembre de l'année suivante, le service de chirurgie. L'Hôpital du Locle obtient donc une nouvelle mission de réadaptation. A la fin de l'année 2002, l'Hôpital de la Béroche ferme son bloc opératoire et devient également un centre de réadaptation.

²⁰ Alors que la construction du site de Pourtalès était retardée durant 3 ans par des recours. La Providence a bâti une nouvelle aile.

Alors que le concept de 1999 préconise une mise en réseau, ce n'est qu'en 2002 que débute le projet de créer une structure unique pour les hôpitaux du canton. En 2004, sept hôpitaux neuchâtelois, soit La Chaux-de-Fonds et Pourtalès, centres hospitaliers principaux ; Landeyeux (Val-de-Ruz) et Couvet (Val-de-Travers), hôpitaux régionaux ; La Béroche et Le Locle, hôpitaux de transition ; La Chrysalide, centre de soins palliatifs, prévoient de rejoindre le futur Etablissement hospitalier multisite (EHM). Seule exception, l'hôpital de La Providence refuse de prendre part à ce projet. Le 30 novembre 2004, le Grand Conseil accepte la création d'un Etablissement hospitalier multisite EHM. Cette décision est combattue en référendum par le « Comité contre la privatisation de la santé », composé des syndicats et de certains partis de gauche. Ce comité s'oppose au statut relevant du droit privé de l'EHM et à son autonomie par rapport au pouvoir politique. Par la votation du 5 juin 2005, la population neuchâteloise soutiendra massivement la création de l'EHM. Cette même année, l'hôpital du Val-de-Ruz ferme ses blocs opératoires et sa maternité. Des raisons liées à la sécurité et aux coûts sont invoquées. Sa mission est désormais celle d'un CTR avec une mission cantonale en médecine physique et réadaptation. L'hôpital des Cadolles ferme ses portes cette même année, alors que le Nouvel hôpital de Pourtalès est inauguré.

Au 1er janvier 2006, les sept hôpitaux sont réunis au sein d'une seule entité « Hôpital neuchâtelois » (HNe). A l'automne, un Plan d'actions portant sur la période 2006-2009 est présenté par le HNe au Conseil d'Etat en vue d'améliorer sa situation financière. Trois variantes de réorganisation nécessitant un engagement politique plus ou moins fort y sont proposées, notamment la réduction de l'offre en lits et l'éventuel changement de mission de certains sites.

La seconde révision de la LAMal et ses suites

Elément commun aux trois variantes de réorganisation, la faisabilité d'une unité « mère-enfant » sur un seul site occupe une grosse partie de l'actualité de l'HNe durant l'année 2007. En effet, la remise en cause, par l'annonce du départ de six médecins pédiatres, de la centralisation de la pédiatrie hospitalière sur le site de Pourtalès, prévue dans le Plan d'action de 2006, donne lieu à une étude sur la faisabilité d'une unité « mère-enfant » sur un seul site. Les résultats du mandat montrent que « le site « mère-enfant » est non seulement possible, mais [qu'] il constitue la seule voie pour maintenir des prestations pédiatriques hospitalières et des prestations obstétricales de qualité dans le canton » (Hôpital Neuchâtelois, 2011). Ce principe de centralisation est accepté par le Conseil d'Etat et mandat est donné à l'HNe de définir sa localisation (Neuchâtel ou La Chaux-de-Fonds). Il est également demandé à l'HNe, qui a recouru pour ce faire aux services d'un consultant externe de renommée internationale, de proposer une nouvelle répartition des missions entre les sites de soins aigus de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds. Le cadre posé par le Conseil d'Etat prévoit en particulier la modification des missions du site de Couvet qui est appelé à devenir un centre de traitement et de réadaptation (CTR).

Le rapport d'étude sur la « Réorganisation des activités médicales entre les sites de soins aigus somatiques » est remis le 7 janvier 2008 au Conseil d'Etat (Hôpital neuchâtelois, 2008). Il présente deux scénarios miroirs visant à la concentration des soins aigus somatiques sur deux sites au lieu de 4 précédemment. L'un prévoit la localisation du centre « mère-enfant » à Neuchâtel et la création d'un centre dédié à l'appareil locomoteur sur le site de La Chaux-de-Fonds. L'HNe propose au Conseil d'Etat de retenir le premier scénario. L'autre prévoit les localisations inverses. Le site du Val-de-Travers verra son activité chirurgicale et obstétrique ôtée de ses missions, mais obtiendra en contrepartie un pôle de compétence en gériatrie. Enfin, l'option est prise de retirer à l'Hôpital de La Providence ses missions hospitalières à moyen terme, missions qui seront reprises par l'HNe.

Finalement le Conseil d'Etat retient la variante qui attribue à La Chaux-de-Fonds le centre mère-enfant et installe le pôle de compétence de l'appareil locomoteur à Pourtalès. Ce scénario nécessite la création temporaire du centre mère-enfants sur le site de Pourtalès pour permettre la rénovation complète du site de La Chaux-de-Fonds. Comme proposé dans l'une des variantes du Plan d'actions de 2006 et réitéré dans le rapport d'étude, le site du Val-de-Travers fermera ses services de maternité et de chirurgie en 2008. Le Conseil d'Etat décide également de retirer à l'Hôpital de la Providence ses missions hospitalières à l'horizon 2017, une fois que la rénovation du site de La Chaux-de-Fonds aura été finalisée et que l'HNe sera en mesure d'absorber l'activité reprise à La Providence.

Suite à cette décision, trois initiatives législatives sont déposées. Deux d'entre elles émanent du peuple. L'initiative « En faveur d'un site unique femme-mère-enfant, cohérent, sûr et économique » conteste le choix de La Chaux-de-Fonds comme emplacement du centre mère-enfant, et l'initiative « En faveur d'une médecine de proximité » demande le maintien des soins aigus et ambulatoires sur les sites de Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Couvet. L'initiative « Hôpital neuchâtelois, pour un retour des responsabilités » est l'œuvre des communes et vise notamment à « redonner au Grand Conseil certaines compétences pour fixer les grandes orientations de la politique de l'HNe. Le traitement de cette initiative aboutit à une modification de la Loi sur l'établissement multisites pour transférer les compétences concernant l'approbation des options stratégiques proposées par l'HNe du Conseil d'Etat au Grand Conseil.

En 2009, après la problématique des soins aigus, les institutions de soins psychiatriques sont regroupées en une seule entité juridique, le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP). La loi sur le CNP en règle les modalités de fonctionnement. La même année, une nouvelle initiative populaire est déposée « Pour l'équilibre régional des missions hospitalières dans le canton » et cherche à maintenir une complémentarité entre les sites de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel. Le 24 octobre 2009, des Etats généraux de la santé sont organisés par le Conseil d'Etat et ont pour thème « Imaginons le système sanitaire neuchâtelois de demain ». A l'issue de cette rencontre, décision est prise de créer un « groupe de pilotage politique chargé de définir la répartition des missions entre les différents sites de notre institution » (Hôpital neuchâtelois, 2010, p.2). Ce groupe se compose de « trois conseillers d'Etat, trois représentants de régions concernées par les initiatives (Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Val-de-Travers), trois représentants des comités d'initiative et quatre personnes issues des quatre groupes politiques représentés au Grand Conseil »²¹.

Le centre unique mère-enfant est créé à Pourtalès en 2010, mais de manière provisoire (Hôpital neuchâtelois, 2010, p.8). La maternité de La Chaux-de-Fonds est alors fermée. Sur proposition du groupe de pilotage, à l'automne 2010, le Conseil d'Etat prend une orientation stratégique forte au sujet de la répartition des missions entre les sites de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds en choisissant de concentrer les soins aigus sur un seul site pour l'ensemble du canton à l'horizon 2022 (Buss, 2010). Le nombre de lits devrait baisser à 214 jusqu'en 2015 et, selon la Conseillère d'Etat Gisèle Ory « avec environ 200 lits, il serait contre-productif d'étaler les activités sur deux sites ». Le choix du site n'est pas encore arrêté et sera déterminé à l'aide d'études complémentaires. Enfin, mandat est confié à l'HNe d'élaborer son plan stratégique, qui portera sur la période 2011-2015.

²¹ Propositions du Groupe de pilotage « répartition des missions » au Conseil d'Etat du 23 septembre 2010 in Hôpital neuchâtelois (2011). *Plan stratégique du 31 octobre 2011. Rapport au Conseil d'Etat de la République et canton de Neuchâtel.*

Début 2012, les réformes hospitalières présentées par le Conseil d'Etat sont au cœur d'intenses discussions politiques. Au centre du débat, la répartition des disciplines entre les deux hôpitaux de Neuchâtel et de La Chaux-De-Fonds ou la création d'un site unique dans le domaine des soins somatiques aigus à Neuchâtel. Le climat politique prévalant au cours des premiers mois 2012 est quasi délétère. Au sein de la classe politique, les attaques sont virulentes. Entre surcapacités hospitalières, qualité de la médecine et revendications régionales, tous les ingrédients des luttes politiques hospitalières sont évoqués dans le débat. Le 24 avril 2012, le Grand Conseil a pourtant adopté le plan stratégique du Gouvernement sur la répartition des missions entre les sites de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds. Il a toutefois assorti son décret de conditions portant sur la réalisation de nouvelles études.

4.8. Historique de la planification hospitalière : Genève

Antérieurement à la LAMal

Une première planification du système hospitalier genevois est établie en 1969²². Sur le plan législatif, une étape importante intervient en 1980 avec l'élaboration de la Loi sur les établissements publics médicaux, qui détermine quels sont les établissements hospitaliers publics genevois, soit les Hôpitaux universitaires, la clinique de Joli-Mont et la clinique genevoise de Montana²³, et sort ces établissements du domaine de l'assistance (Emmenegger, 1991, p.16). Des travaux relatifs à la planification hospitalière genevoise sont entrepris en 1988, année où le Conseil d'Etat confie au secrétaire général du Département de la Prévoyance sociale et de la Santé publique une mission d'étudier les perspectives hospitalières. « Les orientations générales [de cette mission] consistaient à : éviter si possible la construction de nouveaux lits hospitaliers ; mieux connaître les coûts et leur évolution en vue d'essayer de maîtriser leur progression ; mettre le poids sur l'aide et les soins à domicile » (Gilliand, 1996, p.25). Un premier rapport sur la planification hospitalière et sanitaire découlant de ce mandat paraît en juin 1991 (Emmenegger, 1991). Ce dernier expose plusieurs scénarios, largement influencés par le vieillissement démographique. Outre un scénario de base - maintien du « laisser-faire », soit une hausse du nombre de lits -, quatre propositions sont avancées. La première vise à optimiser le nombre de lits, compris comme une augmentation moindre que le scénario de base. La seconde prévoit une modération du personnel et les deux dernières envisagent un transfert vers les pensions et vers le maintien à domicile. En 1992, la Loi sur l'aide à domicile donne un cadre législatif pour le passage progressif des soins hospitaliers vers les soins d'aide à domicile.

Le 18 novembre 1994, le Grand Conseil genevois vote une législation instituant les Hôpitaux universitaires genevois (HUG). Entrant en vigueur au début de l'année suivante, cette réorganisation concerne les Hôpitaux de Loëx, de Cluse-Roseraie et Belle-Idée, réunis sous une même enseigne. « Désormais les HUG sont sous l'autorité d'un seul conseil d'administration et d'un seul comité de direction, avec une organisation hospitalière claire (...) » (Département de l'action sociale et de la santé, 2004). Cette réorganisation se caractérise par une force centralisatrice au sommet et décentralisatrice à la base et se veut comme un passage « des forteresses hospitalières aux réseaux de soins ». A cet effet, « les HUG sont organisés sous forme d'un réseau de services médicaux, regroupés en 12 départements médicaux, et de services d'appui, regroupés en un département d'exploitation » (Conseil d'Etat du

²² Mentionné par : Emmenegger, 1991, p.16.

²³ Clinique qui appartient à Genève, mais qui est située en Valais.

Canton de Genève, 1997, 19). Le 4 décembre 1994, le peuple genevois se prononce en référendum pour le maintien de la clinique de Montana dans le système hospitalier genevois, cela contre l'avis des autorités en charge de la santé publique.

De la mise en œuvre à la LAMal à sa révision de 2007

Le Professeur Gilliland rend, en 1996, un rapport servant de repère pour la future planification hospitalière genevoise. Il dresse un constat sur le réseau hospitalier genevois qui, outre les HUG, se compose de huit établissements hospitaliers privés. Sur le plan méthodologique, l'auteur recommande pour la future planification hospitalière l'abandon progressif de l'approche normative et le passage à une approche systémique (Gilliland, 1996, p.63). Le rapport inclut plusieurs propositions du nombre de lits pour le futur en fonction de différentes hypothèses. Une planification sanitaire portant sur les années 1998-2001 est présentée en 1997. Son volet hospitalier fixe à 2'000 lits l'objectif à atteindre pour l'année 2001 pour les HUG et à 1'000 lits pour le site de l'Hôpital cantonal. Fort de ces développements, une première liste hospitalière est publiée en septembre 1997. Le Fédération genevoise des assureurs-maladie dépose aussitôt un recours contre cette liste, qui ne peut dès lors entrer en vigueur. Ce recours ne sera désavoué par le Conseil fédéral qu'en novembre 2001.

Une volonté d'intensification de la collaboration intercantonale avec le canton de Vaud a débuté avec la décision de 1995 des Conseils d'Etat vaudois et genevois de présenter un projet d'ensemble hospitalier commun aux deux cantons. Le projet Réseau hospitalier universitaire de Suisse occidentale (RHUSO) se présente comme un « (...) ensemble hospitalier [qui] concentre les activités médicales hautement spécialisées et offre, de manière décentralisée, des soins de proximité de qualités » (Conseil d'Etat du Canton de Genève, 1997, p.25). Le RHUSO est officiellement approuvé par les Parlements vaudois et genevois en 1997, mais un référendum est lancé par l'extrême gauche genevoise, dans le but de maintenir l'ensemble des prestations de médecine de pointe à Genève. Le référendum est accepté en votation populaire, mettant ainsi fin au projet RHUSO.

Une nouvelle planification consacrée au seul système hospitalier est présentée en 2003 (RD 483 « Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 ») et porte sur la période 2003-2010. Quatre objectifs sont arrêtés par la Commission de planification : réduire l'offre en journées d'hospitalisation, réguler l'offre quantitative, favoriser son adaptation aux besoins à long terme et construire un système d'information pour éclairer les décisions en matière de planification. Cette planification se caractérise par l'utilisation de nouveaux outils de planification. Ainsi, la prise en compte des besoins de la population se chiffre non plus en nombre de lits mais en termes de journées d'hospitalisation et de prestations. Basés sur ces nouveaux outils, les objectifs prévoient de « réduire la capacité actuelle de 275 équivalents-lits²⁴ de soins aigus sur 7 ans soit 100'375 journées d'hospitalisation » (Secrétariat du Grand Conseil, 2003, p.12). La baisse quantitative de l'offre hospitalière de soins aigus est par ailleurs liée à une augmentation de la capacité des lits d'EMS et lits en établissement d'accueil pour les personnes handicapées.

Sur la base des objectifs du précédent rapport de planification hospitalière, une nouvelle liste hospitalière entre en vigueur l'année suivante. Elle se caractérise par l'utilisation des équivalents-lits

²⁴ L'importance relative des différents établissements est comparée en termes d'équivalents-lits. Cet indicateur permet de normaliser le taux d'occupation en le fixant à 100%.

pour déterminer l'offre quantitative de lits hospitaliers et ne fera l'objet d'aucun recours de la part des assureurs-maladie. En parallèle, les HUG ont élaboré deux plans stratégiques, le premier portant sur la période 2002-2006, présenté en février 2002, le second sur la période 2006-2010, présenté en janvier 2006. Ces plans stratégiques servent d'outils de pilotage pour les HUG et s'apparentent plus à la gestion interne des HUG qu'à la planification proprement dite. Alors que le premier d'entre eux prévoit le renforcement des centres d'excellence universitaires des HUG, il convient de relever l'accent porté sur le passage à l'ambulatoire dans le second plan stratégique. L'actuel plan stratégique porte sur la période 2010-2015.

4.9. Historique de la planification hospitalière : Jura

Antérieurement à la LAMal

Au printemps 1988, le Parlement jurassien adopte un Plan hospitalier qui consacre l'Hôpital de Saignelégier en hôpital de district et les Hôpitaux de Porrentruy et Delémont en hôpitaux régionaux (Service de la santé publique du Jura, 1988). Les besoins en lits sont alors estimés à 3.5 lits pour 1'000 habitants pour l'Hôpital de Saignelégier et à 6 lits pour 1'000 habitants pour les deux hôpitaux régionaux. Il est prévu que les deux hôpitaux régionaux deviennent complémentaires et que leur norme soit ramenée à 5.5 lits pour 1'000 habitants. Par ailleurs, le tissu hospitalier jurassien compte une clinique privée « Le Noirmont », centre de compétence en réadaptation cardio-vasculaire, inaugurée en 1985.

Le canton du Jura débute sa mue hospitalière dans la première partie des années 1990. Dans un premier temps, la maternité de l'Hôpital de Saignelégier est fermée, suivie de peu par la fermeture du bloc opératoire. Les missions du site de Saignelégier évoluent alors vers l'activité gériatrique. En 1993, le peuple accepte une modification de la Constitution visant à regrouper les trois hôpitaux publics. Le 22 juin 1994, le Parlement vote alors la Loi sur les hôpitaux, qui esquisse le fonctionnement d'un hôpital multisite jurassien, en créant à cet effet le Centre de gestion hospitalière (CGH). Le CGH est présenté comme une entité au sein de laquelle une partie de la gestion des hôpitaux est centralisée tout en permettant à ceux-ci de conserver leur identité. Il est soumis à une direction générale unique.

En 1993 et 1996, le canton du Jura signe deux conventions intercantionales. La première, avec le canton de Berne, autorise le libre passage pour les traitements en chambre commune entre les deux cantons pour tous les patients jurassiens et les habitants des trois districts du Jura bernois. La seconde, avec le canton de Neuchâtel, concerne l'hospitalisation des patients franc-montagnards à l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds.

De la mise en œuvre à la LAMal à sa révision de 2007

Instituée en mars 1994, l'Assemblée interjurassienne (AIJ) produira à plusieurs reprises des rapports et recommandations relatifs au domaine hospitalier. Elle préconise en 1997 une « coopération en matière d'investissements hospitaliers et d'utilisation des équipements [et la] création, à cet effet, d'une Conférence régionale des hôpitaux, chargée de promouvoir cette collaboration ». Cette Conférence restera au stade de l'ébauche (Assemblée interjurassienne, 2002, p.2).

Le canton du Jura élabore une nouvelle planification hospitalière dans le cadre du Plan sanitaire de 1998, présenté dans le Message du Gouvernement au Parlement du 19 août 1998. Parmi les trois

scénarii hospitaliers envisagés, soit le maintien du statu quo, la création d'un hôpital de soins aigus sur deux sites et un établissement monosite avec un changement de mission pour le second, le Gouvernement retient le concept d'hôpital multisite. Motivée également par des questions d'ordre financier, cette planification propose de diminuer le nombre de lits dans la perspective de ne conserver que 250 lits de soins aigus à l'an 2000, contre 319 lits en 1998. Cet objectif de baisse du nombre de lits est rendu possible par l'accroissement des services d'aide et de soins à domicile (Gouvernement de la République et Canton du Jura, 1998, p.57).

Pour poser les bases du mode de réorganisation et de fonctionnement de l'hôpital multisite, la Commission OHM (Organisation de l'hôpital multisite) est instituée par le Gouvernement. Cette dernière publie l'année suivante un rapport sur la réorganisation et le fonctionnement de l'hôpital multisite. La solution émise « prévoit deux hôpitaux de soins aigus avec toutefois une offre différenciée des prestations (longs séjours pour un site et courts séjours pour l'autre) », l'idée étant que les hôpitaux de Delémont et Porrentruy soient complémentaires dans l'offre de soins aigus (Gouvernement de la République et Canton du Jura, 2001, p.13). En octobre 2001, les autorités jurassiennes soumettent le projet « Hôpital multisite du Jura. Message du Gouvernement au Parlement, 23 octobre 2001 », qui concrétise les travaux précédents. Reprenant à son compte les conclusions de la Commission OHM, « Le Gouvernement propose de vouer l'hôpital de Delémont à la médecine aiguë, et de développer au sein de l'hôpital de Porrentruy de nouvelles missions cantonales dont un centre de traitement et de réadaptation, l'hôpital de Saignelégier conservant ses missions (...) » (Gouvernement de la République et Canton du Jura, 2001, p.7).

Cette réorganisation hospitalière, principalement le changement de mission de l'hôpital de Porrentruy, se heurte à une opposition importante. L'Assemblée générale de l'Association des Maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs émet un rapport à l'intention du Gouvernement jurassien dont les conclusions insistent sur le maintien des soins aigus sur les deux sites hospitaliers. Le contenu de ce plan hospitalier entraîne une forte opposition au sein de la population du district de Porrentruy. En résulte le dépôt d'une pétition munie de plus 13'000 signatures, la tenue « d'assemblées publiques de protestation » ainsi que l'envoi de multiples prises de position dans la presse locale (Gouvernement de la République et Canton du Jura, 2002, p.3). Le Gouvernement présente alors un « Message complémentaire du Gouvernement au Parlement concernant le plan hospitalier du 28 mai 2002 », accepté par le Parlement le 26 juin 2002.

Cette version finalisée de la planification cherche à s'éloigner du statu quo, mais le tissu hospitalier jurassien restera constitué de deux hôpitaux de soins aigus. Concernant la répartition des disciplines, le nouveau plan abandonne la notion de complémentarité entre sites qui qualifiait le précédent message au profit de la notion d'équivalence. Quelques propositions du message initial sont toutefois maintenues : Delémont devient effectivement l'hôpital de référence pour les prestations de soins aigus (cas complexes) et les soins intensifs y sont regroupés. Alors qu'au contraire, à Porrentruy, les prestations de maternité sont maintenues et le bloc opératoire continuera d'être ouvert 24/24 heures. Cette répartition des disciplines réforme l'égalité stricte des missions datant du plan hospitalier de 1988. La forme institutionnelle des hôpitaux jurassiens est également modifiée en 2002. Désormais les sites de Delémont, Porrentruy, Saignelégier et la Résidence la Promenade se retrouvent sous l'appellation d'Hôpital du Jura.

En décembre 2004, le groupe de travail de l'AIJ dédié au sujet de la « Planification hospitalière concertée » adopte le rapport « Résolution N° 57 de l'Assemblée interjurassienne "Planification hospitalière concertée" ». Ce rapport contient différentes recommandations estimant nécessaire, pour

la planification hospitalière couvrant les besoins du canton du Jura et de la partie septentrionale du Jura bernois, de regrouper les services de soins aigus sur un seul site, en l'occurrence celui de Delémont.

L'année suivante, les autorités jurassiennes présentent une nouvelle planification dans le « Message du Gouvernement au Parlement concernant la planification hospitalière cantonale et interjurassienne » du 21 juin 2005. Cette planification prévoit le regroupement du domaine d'activité mère-enfant à Delémont, entraînant la fermeture de la maternité du site de Porrentruy et la suppression du CTR sur le site de Delémont. La chirurgie orthopédique est concentrée sur le site de Porrentruy où est également implanté un centre de rééducation. L'idée est de « regrouper les disciplines à forte proportion d'opérations électives sur le site de Porrentruy et [celles] à forte proportion d'opérations urgentes sur le site de Delémont » (Gouvernement de la République et Canton du Jura, 2005, p.18). Enfin, un mandat est octroyé au Gouvernement l'enjoignant de conclure une convention avec les autorités bernoises compétentes.

La seconde révision de la LAMal et ses suites

En 2008, le Gouvernement présente son « Message du Gouvernement au Parlement de la République et canton du Jura concernant une modification du Plan Hospitalier du 18 novembre 2008 », accepté par le Parlement le 18 février 2009. Un des aspects les plus importants porte sur le regroupement de la médecine interne à Delémont, fondé sur la recherche d'une masse critique. Le Gouvernement relate que le « bassin de population [jurassien est] trop restreint pour garantir à terme l'existence d'un hôpital de soins aigus et le risque s'accroît lorsque l'activité est répartie sur les deux sites » (Gouvernement de la République et Canton du Jura, 2008, p.7). L'argumentation du Gouvernement retient également les difficultés de recrutement de médecins expérimentés et de médecins internes. Le site de Porrentruy verra la fermeture de son bloc opératoire durant la nuit et les week-ends, ainsi que la suppression des soins continus. Un service d'urgences y est par contre maintenu 24/24 heures.

Une initiative populaire est lancée contre ce nouveau plan. Ses initiants estiment que, suite à la fermeture d'une trentaine de lits sur le site de Porrentruy, la sécurité sanitaire n'est plus garantie dans le district. L'initiative « Pour la sécurité sanitaire » est déposée le 18 novembre 2009. En outre, une pétition populaire « Pour défendre l'Hôpital de Porrentruy » est remise le 15 décembre 2009.

Pour répondre à la préoccupation de la sécurité sanitaire, les autorités renforcent l'organisation des urgences des trois sites de l'Hôpital du Jura. Le service d'urgence du site de Delémont a été complété par l'ouverture de l'Unité de surveillance temporaire et de triage, partiellement motivée par la perspective du renforcement de la sécurité sanitaire. Cette unité cherche à éviter des transferts de patients pour des suivis de courte durée ne nécessitant pas de plateau technique particulier. Elle « [offre] la possibilité de surveiller des patients durant une période de 24 à 48 heures, par exemple pour clarifier la nécessité d'une hospitalisation » (Hôpital du Jura, 2001).

5. Les acteurs

Les différentes évolutions cantonales, à travers les processus de planification hospitalière, font apparaître un certain nombre d'acteurs ou groupes d'acteurs. Ces acteurs disposent de statuts particuliers et d'expertises spécifiques (politiques, professionnels de la santé). Ils peuvent endosser tantôt un rôle dynamique de facilitateurs d'innovations, tantôt être à l'origine de résistances et de blocages. Ces rôles sont analysés ici pour comprendre quel(s) impact(s) peuvent générer les acteurs sur le développement et la mise en œuvre des processus de planification hospitalière.

Il faut compter parmi ces acteurs les autorités sanitaires cantonales, soit les Gouvernements cantonaux, mais également les services de santé publique. Les autorités politiques, comprises comme le Parlement, sont également dotées de compétences pour intervenir dans le processus de planification hospitalière. La population joue un rôle important dans le sens où elle a le pouvoir de légitimer ou de rejeter une ou des décisions de planification hospitalière, notamment par le biais des instruments de démocratie semi-directe. Enfin, le corps médical lui-même, spécialistes et corps soignant, est capable de se mobiliser pour exercer des pressions et défendre des intérêts. Les assureurs-maladie, assumant aux côtés des cantons une partie des coûts hospitaliers, influencent aussi les processus de planification, notamment par des recours déposés qui provoquent des conséquences tant sur le fond que sur le déroulement de ces réformes.

La planification hospitalière relevant presque exclusivement de compétences cantonales, seuls ces acteurs ont été retenus. Il aurait également été possible de s'intéresser au rôle des autorités sanitaires et politiques fédérales. De même, les autorités judiciaires fédérales sont également appelées à se prononcer lors de recours visant la planification hospitalière. Par ailleurs, les autorités sanitaires, lors de certains processus de planification hospitalière, intègrent des experts externes en vue de renforcer les décisions. Tous ces acteurs jouent un rôle important, voire déterminant, dans ces processus. Pour examiner les mécanismes influençant la planification hospitalière, une grille de lecture permet de classer autant que possible ces acteurs. Une première ligne de distinction démarque les acteurs qui poursuivent un intérêt privé de ceux qui poursuivent un intérêt public. Un deuxième découpage répartit les acteurs en fonction de leur rapport avec le monde sanitaire, à savoir s'ils sont ou non des prestataires de soins.

Tableau 2.3 : Acteurs de la planification hospitalière et intérêts

	Prestataires de soins	Non prestataires de soins
Intérêt public dominant	Etablissements hospitaliers	Autorités étatiques (Parlement, Gouvernement, service de santé publique, médecin cantonal)
Intérêt privé (particulier) et/ou corporatiste dominant	Cliniques privées, médecins généralistes, spécialistes, monde soignant, syndicats	Assureurs-maladie, experts, partis politiques, collectivités régionales, citoyens

Ces différents acteurs et leurs intérêts sont analysés ci-après en mettant en évidence certains exemples tirés du corpus des synthèses cantonales.

5.1. Acteurs poursuivant un intérêt public et prestataires de soins

Une planification ne saurait se faire sans la participation des partenaires du terrain opérationnel, qui demeurent centraux dans la mise en œuvre des réformes. Dans cette perspective, les hôpitaux figurent en première ligne. Le paysage hospitalier variant selon les spécificités de chaque canton, la question est traitée différemment selon les réalités cantonales. Un projet de planification hospitalière ne s'articule pas de la même manière s'il doit intégrer une hiérarchie dans les établissements hospitaliers, par exemple, entre hôpitaux universitaires et hôpitaux de soins généraux, ou si un hôpital est considéré pour des raisons historiques comme privilégié par rapport aux autres hôpitaux du canton. Le regroupement par la mise en réseau des hôpitaux a été une réponse souvent utilisée pour dépasser ces enjeux. En outre, une planification ne doit pas se limiter aux murs de l'hôpital et doit prendre en considération des acteurs externes, tels que les prestataires de soins à domicile et les EMS, qui prolongent la chaîne de soins. Certaines structures en réseau incluent directement les EMS, leur permettant de jouir ainsi d'une certaine flexibilité.

L'organisation de la gestion des établissements hospitaliers fait par ailleurs émerger de nouveaux groupes d'acteurs. Intégrées aux établissements hospitaliers ou étroitement reliées de par leur composition, ces structures influencent directement les processus de planification. Elles peuvent être soit des commissions, des groupes de travail, des représentants d'une catégorie socio-professionnelles. Tant leurs tâches que leurs marges de manœuvre concernant le projet de planification varient d'une situation à l'autre. Le Conseil d'administration, la direction, le collège des médecins (direction médicale) et le collège des soins (direction des soins) sont des acteurs que l'on retrouve dans toutes les structures hospitalières.

Les pratiques cantonales montrent à quel point les établissements hospitaliers eux-mêmes constituent des noyaux de résistance. Dans le cas du Valais, il s'est avéré quasi impossible de mettre en œuvre une planification poussée et réformatrice tant que les communes étaient propriétaires des hôpitaux. Pour mettre en place la structure du RSV, il fut par exemple nécessaire d'éviter la question des directeurs des hôpitaux, en les réintégrant au sein de la nouvelle structure. Une structure en réseau et un quasi-monopole public caractérisent le secteur hospitalier jurassien. Dès lors que les autorités en charge de la planification bénéficient de l'adhésion du réseau, les choses sont assez simples. Pour le canton du Jura, il apparaît nécessaire de faire alliance avec les associations faîtières et les hôpitaux universitaires. Selon les autorités, pour parvenir à créer une dynamique entre les hôpitaux locaux et les partenaires extracantonaux, il ne suffit pas d'inscrire ces derniers sur les listes hospitalières, mais de les associer pleinement. Pour le canton de Vaud, il existe un collège des médecins hospitaliers, regroupant à la fois des médecins issus du CHUV et des hôpitaux de zone. Dans un contexte constamment évolutif, c'est au sein de cette instance qu'ont lieu certaines discussions relatives à la répartition des disciplines entre établissements hospitaliers. Il s'agit de savoir si une discipline donnée ne peut être pratiquée que dans l'hôpital universitaire vaudois ou si elle peut être proposée dans les hôpitaux de zone. De même, l'évolution inverse (comprise comme le regroupement d'une discipline sous la houlette universitaire) est également incluse dans ces discussions.

5.2. Acteurs poursuivant un intérêt public et non prestataires de soins

Logiquement, le politique s'inscrit au centre des processus de planification hospitalière. Il doit être compris dans une acceptation large, comprenant tant les instances législatives qu'exécutives. Il apparaît propice pour porter un projet de planification hospitalière d'avoir un Conseil d'Etat fort et soudé. Une

situation dans laquelle les autorités exécutives ne trouvent un terrain d'entente entre elles et ne parlent pas d'une même voix, facilite les critiques des opposants. Un Conseil d'Etat soutenant le ministre en charge du projet permet de déjouer les stratégies des opposants qui, pour faire échouer le projet, seraient tentés d'utiliser l'appartenance partisane du ministre en charge du dossier. Les seules autorités étatiques ne sont néanmoins pas suffisantes pour porter un projet de planification. Elles doivent être soutenues et complétées par les compétences de l'administration afin que le discours qu'elles portent soit solide du point de vue scientifique et juridique. Dès lors, il est nécessaire de disposer d'un service de santé publique compétent disposant d'une expertise en la matière. Or, force est de constater que la pluralité des situations cantonales étudiées fait émerger de grandes inégalités découlant de la taille des cantons et de leurs administrations. Tous n'ont par conséquent pas des moyens et compétences identiques pour répondre aux défis et complexités d'élaboration de planifications hospitalières. Il n'est dès lors pas rare que les autorités étatiques doivent recourir à une large expertise externe. Le Médecin cantonal et le chef du service de la santé publique sont en principe des acteurs centraux dans le cadre des processus de réforme hospitalière. La pluralité des approches sous-tendant une réforme hospitalière intègre à la fois des questions médicales, financières, organisationnelles et politiques.

Et puis, autour des instances législatives et exécutives gravitent de multiples entités dont les dénominations, les attributions et le poids relatif, diffèrent selon les cantons. Elles peuvent prendre la forme de Commissions parlementaires ou extra-parlementaires ou de groupes de travail ad hoc, voire de groupe d'intérêts régionaux politiques et structurés (associations de communes par exemple). Ces entités peuvent jouer un rôle déterminant de blocage ou déblocage des projets de planification hospitalière. Enfin, les autorités juridiques font partie de cet inventaire des autorités. Au-delà des processus de recours devant les tribunaux, dans le canton de Fribourg, par exemple, les Préfets de district en charge de l'application des décisions du Conseil d'Etat ont joué un rôle certain dans la discussion et les décisions de planification.

5.3. Acteurs poursuivant un intérêt privé et prestataires de soins

Cliniques privées

La situation des cantons diffère énormément quant à la place et au positionnement des cliniques privées dans le système hospitalier. Quasi inexistantes dans certains cantons, elles peuvent représenter une part non-négligeable des capacités hospitalières dans d'autres. Dotées de moyens importants, elles peuvent s'organiser pour défendre leurs intérêts et bloquer l'un ou l'autre projet de planification lorsqu'elles s'estiment lésées. Le dernier exemple en date concerne le canton de Vaud, où les cliniques privées se sont largement investies contre la proposition de réforme du financement des hôpitaux portée par le chef du Département de la santé et de l'action sociale, début 2011. Ce projet incluait différents critères, notamment le contrôle des investissements, qui devaient permettre aux cliniques privées d'obtenir le label d'« utilité publique », leur ouvrant l'accès à la planification et aux subventions étatiques. Elles ont aussi joué un rôle non négligeable dans le rejet de la loi sur les établissements hospitaliers du canton du Valais, en octobre 2011.

Médecins et spécialistes

Le rôle des médecins-chefs se remarque plus particulièrement dans les projets de mise en réseau. Le positionnement institutionnel personnel y a une importance réelle et il n'est pas rare que les médecins-chefs s'opposent à de tels projets de réformes ou soient à l'origine de résistances. Différente de la

question des médecins-chefs, le rôle des spécialistes pèse sur la planification hospitalière. La présence ou non d'un spécialiste peut définir à elle seule l'exercice d'une spécialité dans un établissement donné. Les régions et cantons périphériques sont particulièrement concernés par cette problématique. Pour les spécialistes, la possibilité ou non d'exercer leur spécialisation, dépend notamment du bassin de population. Un bassin de population trop petit ne permet pas d'exercer dans de bonnes conditions en raison d'une masse critique insuffisante. Si un canton ne dispose pas de spécialistes, les autorités seront difficilement en mesure de proposer cette spécialité et devront dès lors faire traiter leurs patients hors canton.

Et puis, la question des médecins est également cruciale à l'extérieur des établissements hospitaliers. La prise en charge ambulatoire, en amont ou en aval d'une opération, est indissociable de l'élaboration des planifications hospitalières. Dans ce sens, les sociétés médicales jouent un rôle essentiel dans les processus et les négociations. Dans le canton de Berne, la consultation cantonale relative à la planification 2011-2014 a montré l'importance d'un nouveau groupe d'acteurs jusque-là peu intéressés par la question de la planification hospitalière. En effet, parmi les nombreuses réponses parvenues aux autorités, les associations de médecins ont réagi de manière très forte sur la question de la succession des médecins. Selon les autorités bernoises, ce groupe d'acteurs se sent vulnérabilisé par l'évolution récente du domaine sanitaire. Les médecins apparaissent alors comme groupe nouveau, auparavant peu intéressés et concernés. Cette situation varie cependant fortement d'un canton à l'autre.

Syndicats et associations de personnel

Au sein des établissements hospitaliers, les différents syndicats et associations représentant le personnel hospitalier, peuvent exercer un rôle important. La crainte que les réformes hospitalières se fassent au détriment du personnel est un élément à prendre en considération dans l'élaboration des projets de planification hospitalière. La pérennité des places et des conditions de travail dans un projet de réforme apparaît comme condition essentielle. S'il devient évident qu'une réforme hospitalière entraîne des pertes d'emplois, elle risque de se heurter à une opposition de la part des employés et des régions concernées.

5.4. Acteurs poursuivant un intérêt privé et non prestataires de soins

Assureurs-maladie

Comme l'ont montré les historiques cantonaux, les assureurs-maladie interviennent dans le processus de planification hospitalière. En effet, ils bénéficient du droit de recourir contre une planification. Soucieux de l'efficacité des structures hospitalières, les assureurs-maladie ont intérêt à ce que celles-ci ne soient pas surdimensionnées, ce qui entraînerait des coûts inutiles à leur charge. La possibilité qui leur est octroyée de recourir contre une planification doit être implicitement intégrée aux projets de réformes. Relevons que le dépôt d'un recours par les assureurs-maladie peut également être utilisé par les autorités pour aller au-delà des projets initiaux de planification. Ce cas de figure est apparu dans le cas fribourgeois, suite au recours déposé par les assureurs-maladie à l'encontre de la liste hospitalière de 1998.

Partis politiques

La planification est un acte politique. Elle est aussi un objet d'action et de rapports de force pour les acteurs démocratiques. Les partis y ont donc un rôle incontournable. De plus, la fermeture d'un hôpital peut être perçue par les habitants d'une région comme un abandon de la part des autorités politiques. La planification comporte ainsi, tant du point de vue sanitaire que de l'emploi, une forte connotation régionale et émotionnelle. Les positions partisans sont à géométrie variable, au gré des circonstances. Toutefois, un parti ne s'engage rarement seul contre un projet de réforme hospitalière. Ce sont en général des coalitions qui se mettent en place. Au Tessin, un des premiers succès politiques de la Lega dei Ticinesi est en lien avec le référendum du 20 décembre 1993, qui combattait la décision du Grand Conseil d'unifier les deux sièges de l'Ospedale régionale di Lugano (Ospedale Civico e Ospedale Italiano). Dans le canton de Berne, certains cas de fermetures d'hôpitaux régionaux avaient abouti à la création de coalitions de partis. Les autorités bernoises rappellent que ces coalitions se formaient avant tout autour de partis enclins à défendre le libre-marché.

Autres acteurs

Les acteurs évoqués jusqu'ici jouissent d'une certaine visibilité, notamment par leur positionnement démocratique ou professionnel ou par leur ancrage dans la législation, leur taille ou leur réseau. Des acteurs de l'ombre existent cependant, selon l'un de nos interlocuteurs, comme étant « toutes les personnes qui peuvent justifier d'une expertise, qui ne sont pas d'accord et qui activent leurs réseaux ». Les acteurs individuels et autres groupes d'acteurs sont avant tout composés de personnalités. L'homogénéité des groupes est rare et leur mobilisation est ponctuelle. Dans presque tous les cantons de tels acteurs ont été mentionnés, qui sont intervenus dans les différents processus de révisions législatives ou de réformes hospitalières.

5.5. Acteurs et intérêts

Les éléments mentionnés précédemment ont montré une forme de non-homogénéité des acteurs. En effet, comme exposé dans la partie théorique, les acteurs sont mus par différents intérêts concurrentiels et intègrent diverses contraintes dans leurs positionnements et choix. Nous illustrons ci-dessous certains intérêts concurrentiels.

Autorités sanitaires cantonales



D'une part, les autorités cantonales doivent assurer la cohérence sanitaire. Les habitants du canton dont ils sont en charge doivent pouvoir bénéficier de prestations médicales de qualité. D'autre part, les coûts du système hospitalier doivent rester mesurés et l'allocation des ressources hospitalières doit être équitable. Il apparaît évident que les autorités doivent veiller à ce que l'ensemble des régions ait accès aux ressources hospitalières. De plus, elles doivent intégrer les divers intérêts politiques. La figure du Conseiller d'Etat est alors particulièrement en vue. Les décisions perçues comme impopulaires pourraient compromettre une réélection. Les intérêts économiques et professionnels sont aussi à

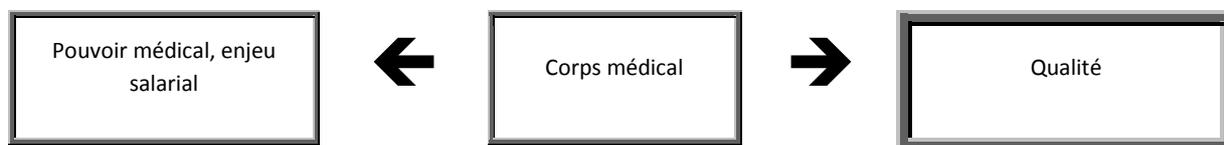
prendre en considération. Si le système hospitalier a un coût, il pourvoit de nombreux emplois. Dès lors, les oppositions à un projet de planification hospitalière, les questions financières liées aux surcoûts et aux emplois deviennent souvent concurrentes.

Autorités politiques



Dans le système suisse, caractérisé par la subsidiarité et la démocratie semi-directe, les autorités politiques assument une grande responsabilité en matière de cohérence de la planification hospitalière. Dans la majorité des cantons, la compétence de planification relève du Gouvernement, ce qui réduit quelque peu la responsabilité directe du Parlement et par conséquent atténue les potentiels d'oppositions de nature purement politique, le Parlement étant de toute évidence plus sensible aux positionnements de type électoraliste ou régionaliste. Cette dimension régionaliste est très présente dans les développements historiques des planifications cantonales, souvent même déterminante lors de scrutins populaires. Or, la question régionale peut s'inscrire à l'encontre de la cohérence sanitaire. Le poids d'une région peut ainsi entraîner les autorités politiques à négliger ou marginaliser le principe de cohérence purement sanitaire.

Corps médical



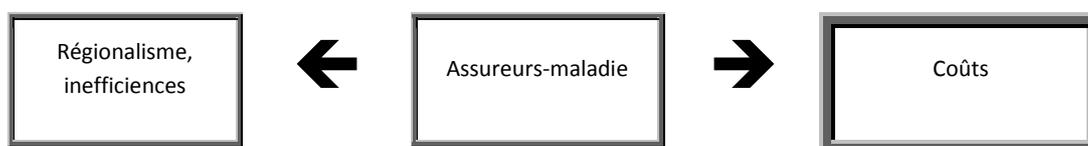
Pour les médecins et autres spécialistes du monde médical, la problématique des coûts et de l'allocation des ressources dans les processus de planification n'apparaît pas forcément comme un élément essentiel ou prédominant. Au-delà de cet apparent paradoxe, la notion de qualité est centrale et très présente dans le débat. Elle semble cependant, au gré des configurations, peu cohérente. D'autant plus que cette notion et les conséquences de sa mise en œuvre peuvent s'opposer à la question du pouvoir médical. Par exemple, alors qu'un regroupement d'institutions peut générer une masse critique de cas pris en charge favorable au patient, entraînant une hausse de la qualité, simultanément, le corps médical ou certaines de ses composantes (spécialistes de certaines disciplines, médecins-chefs, etc.) peuvent s'y opposer en raison d'une perte de pouvoir ou d'un rôle différent, parfois moins visible ou aux responsabilités partagées, au sein d'un établissement de plus grande taille ou d'établissements en réseau supposant davantage de concertations et de collaborations. En ce sens, les dimensions de pouvoir et des enjeux financiers qui en découlent (mais jamais avoués) ont une importance significative, quand bien même on ne peut toujours les objectiver faute de traces directes et donc les mesurer. Les entretiens conduits avec des acteurs prépondérants (voir ci-après) confirment pourtant cette situation.

Citoyens



De manière générale, le citoyen, qui est à la fois contribuable, assuré – payeur de prime et patient, cumule des positionnements contradictoires. Ce sont donc ici aussi des postures différentes qui seront privilégiées au gré des circonstances et de ses intérêts. En regard des processus de planifications cantonales étudiés, l'action des citoyens se caractérise principalement par un attachement fort à la proximité d'un hôpital avec le lieu d'habitation. Ce critère de proximité se traduit dans diverses démarches et actions démocratiques motivées par des arguments de type purement régionaliste (initiatives populaires, référendums, pétitions). Du point de vue de la cohérence de la politique sanitaire, l'argument régional est quasi toujours en contradiction avec la question de l'économicité de l'allocation des ressources et celle des masses critiques nécessaire à des prestations médicales de qualité. Et puis, les citoyens sont particulièrement sensibles au positionnement de l'hôpital comme entreprise pourvoyeuse d'emplois. Une fois encore, cette représentation de l'hôpital, légitime, entre en conflit avec les impératifs inhérents aux politiques de santé, dont les exigences d'économicité et d'efficacité.

Assureurs-maladie



Selon la LAMal, les assureurs doivent procéder au contrôle des coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins. Fort de cette compétence, les assureurs ont un regard critique – voire une attitude d'opposition en cas de recours – dans les processus de planification hospitalières étudiés. Ils interviennent ainsi pour contester les pratiques pouvant nuire à la cohérence des planifications sous l'angle de l'économicité et de l'efficacité. La compétence qui leur est octroyée en matière de recours contre une planification hospitalière les amène à agir de manière dynamique contre les planifications hospitalières qui, pour des considérations de politique économique ou régionale, maintiennent par exemple des surcapacités ou des doublons. On peut considérer à certains égards que les recours des assureurs ont été les garants d'une certaine forme de cohérence.

Les collectivités locales et régionales

Le rôle joué par les collectivités locales et régionales dans les processus de réformes hospitalières est indéniable, même s'il varie fortement selon les contextes cantonaux. Cette forte implication s'explique historiquement, puisque nombre d'établissements hospitaliers ont été initiés, construits et gérés par des communes, des associations de communes, des districts. Historiquement, lorsque les communes étaient propriétaires des hôpitaux, il était particulièrement difficile pour les autorités cantonales d'instaurer des réformes hospitalières. Les syndics, maires ou présidents des communes étaient régulièrement présidents de conseils ou directeurs d'hôpitaux. De telles configurations expliquent le poids du régionalisme et le pouvoir qui en résulte. Comme le relève une personne interrogée, certains

élus ne faisant pas forcément partie du monde médical avaient la conviction que lorsqu'un hôpital fonctionnait bien, il perdurerait. D'où une défense souvent acharnée du statu quo.

Cet ancrage local marque incontestablement de son empreinte la culture et les liens locaux et de proximité à l'hôpital. Par leurs dimensions de réductions des lits ou de concentration, mais aussi de redéfinition des missions, les projets de planification hospitalière se heurtent donc au vécu et au lien organique et émotionnel entre hôpital et région. La question des collectivités locales sous-tend dès lors le débat de tous les projets de réorganisation étudiés dans les cantons. Les entités locales apparaissent d'abord comme des acteurs de résistance opposés plus ou moins catégoriquement au changement, défendant souvent le statu quo pour des questions de proximité, d'attachement régional et d'emploi. Toutefois, cette appréciation générale doit être nuancée selon le moment et l'ampleur des processus. Ainsi, les collectivités locales et régionales peuvent également devenir des agents facilitateurs et porteurs de démarches. C'est que toutes les collectivités locales n'ont pas forcément des intérêts identiques au même stade d'une planification.

Finalement, contraintes économiques et financières stimuleront ou imposeront une prise de conscience sur la nécessité pour les collectivités locales de dépasser le statu quo régional et d'entrer dans les processus de redimensionnement de l'infrastructure hospitalière. Ce qui ne supprimera cependant pas les résistances. Les formes de ces interventions régionales peuvent être variées. Pour sortir des blocages, l'intégration des forces régionales dans la phase décisionnelle définissant les principes et grandes lignes de la planification est une solution adoptée dans plusieurs cantons pour justement dépasser les effets négatifs du régionalisme. Par exemple, le canton de Fribourg a dû faire face à la résistance des districts. Leurs représentants ont donc été intégrés au processus. Comme le souligne un de nos interlocuteurs, les autorités en charge de la planification hospitalière avaient été surprises que certains districts avaient massivement soutenu l'initiative populaire demandant le maintien des hôpitaux dans les districts, alors que les statistiques des hospitalisations montraient que les habitants de ces districts ne recouraient que très peu à leur hôpital de district, préférant l'Hôpital cantonal. Les habitants défendaient donc le maintien d'un hôpital qu'ils n'utilisaient finalement pas ou peu. Le positionnement des citoyens dépasse donc largement la seule prise en considération des arguments relevant de la stricte politique sanitaire.

La mise en place progressive de structures hospitalières en réseau s'est avérée aussi comme une (bonne) stratégie de dépassement ou de sortie des logiques régionales. De cette manière, la concurrence se déplace et ne se fait plus entre districts, mais entre sites. L'intégration des entités régionales peut alors intervenir au sein du Conseil d'administration des entités hospitalières cantonales. Enfin, la sortie de la logique régionale peut être envisagée lorsque la pérennité des différents sites est garantie. La preuve par l'acte permet de répondre à aux inquiétudes de la population. Cette pérennité se construit selon nos interlocuteurs par la confiance, les bonnes et étroites relations, la transparence et l'information, la cohérence et la continuité.

Dans les cantons, souvent, le rôle joué par les régions apparaît plutôt comme un facteur de frein et de résistance au changement. Néanmoins, certaines régions peuvent également endosser des responsabilités mobilisatrices. Dans le cas de l'Hôpital du Chablais (Vaud-Valais), la région a ainsi joué un rôle pro-actif et dépassé les clivages pour porter la mise en place de l'hôpital intercantonal. Le rôle des régions peut enfin évoluer au fil des étapes de planification, passant d'une logique de résistance à une logique de soutien, certains responsables cantonaux parlent alors de l'existence d'un phénomène d'appropriation des projets de planification par les régions.

Oppositions entre acteurs

L'approche par les acteurs et leurs positionnements multiples dans les processus de planification montre à la fois leurs oppositions et leurs contradictions. Trois types d'oppositions principaux peuvent être mis en évidence.

Les oppositions « intra », c'est-à-dire internes à un groupe d'acteurs, expriment un certain nombre de positionnements contradictoire. Ainsi de la population qui, d'une part, souhaite disposer d'un hôpital à proximité de son domicile et de tous les soins possibles, tout en souhaitant, d'autre part, que les coûts de la santé soient maîtrisés et les primes d'assurance d'un bas niveau. La population met en exergue ces deux intérêts antagonistes, par exemple, dans son soutien aux démarches de blocage ou de redimensionnement des processus de réformes hospitalières. Dans de nombreux cantons et à de multiples reprises dans le temps ces situations interviennent. Il peut aussi s'agir des intérêts divergents au sein du corps médical, entre médecins hospitaliers et en pratique ambulatoire, entre types de spécialistes.

Les oppositions « inter » caractérisent les intérêts divergents, qui sévissent entre les groupes d'acteurs parties au processus de planification. Il peut s'agir ici des intérêts des autorités cantonales et locales ou régionales ; des autorités sanitaires et des assureurs ; des différents établissements et types d'établissements hospitaliers soumis à réforme ; des assureurs et du corps médical ; des assureurs et de la population ; des autorités et des différentes catégories professionnelles ; des différents partis politiques.

Les oppositions « personnelles » renvoient au positionnement de chaque acteur, chacun pouvant potentiellement être soumis à des intérêts propres contradictoires. Les groupes d'acteurs ne sont pas homogènes. Un individu peut faire partie du groupe d'acteurs « médecins et spécialistes », « assureur » ou « dirigeant d'établissement », voire « professionnel salarié », tout en étant également contribuable, donc intéressé par les questions centrales d'économicité des prestations de santé, potentiellement patient, voire élu local ou membre du Parlement. Un Conseiller d'Etat peut être amené à devoir défendre la fermeture d'un hôpital dans une région donnée pour des questions de coûts et de qualité, mais en même temps, il peut être originaire de cette même région et s'opposer à son propre électorat.

Ce troisième type d'opposition, ajouté aux autres, exprime toute la complexité de la problématique et la difficulté pour les acteurs à opter pour une posture claire et susceptible de contribuer à la cohérence des politiques sanitaires. Ainsi, dans cet environnement la cohérence consiste à la recherche permanente d'équilibres et de majorités, faits d'expertise et de compris. De toute évidence, il semble impossible de répondre de manière stricte aux seules exigences d'économicité, d'efficacité ou de qualité, même lorsque celles-ci font partie intégrante des objectifs de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. La distribution des ressources ne peut exclure et marginaliser les intérêts particuliers (régionaliste, proximité, emploi, enjeux salariaux, prestige médical) qui, par leurs additions, vont s'opposer à la cohérence de la planification hospitalière.

6. Critères de planification

Comme présenté en début de chapitre, la Confédération a édicté des critères de planification dans l'ordonnance d'application de la loi sur l'assurance-maladie (OAMal). Toutefois, ces critères généraux et déclamatoires contiennent d'abord des principes, mais ne répondent que pas ou très partiellement aux exigences et contraintes concrètes des autorités pour mettre en œuvre les planifications. Ainsi, ces références ne comportent aucun contenu quantitatif ou temporel, tel que par exemple des critères de densité de lits par type de prise en charge (soins somatiques, psychiatrie, psychogériatrie, etc.), des mentions de masse critique par discipline, des délais de mise en œuvre, etc. De tels critères sont précieux, d'une part, pour construire le processus et le contenu d'une planification et, d'autre part, pour légitimer les décisions des autorités cantonales, confrontées notamment au débat démocratique interne, susceptible d'empêcher ou, pour le moins, de freiner considérablement les décisions et leur mise en œuvre, rendant ainsi le principe de planification imposé par la LAMal délicat à respecter. De plus, ces critères favoriseraient les coordinations intercantionales, voire les harmonisations de pratiques, garantissant une certaine égalité de traitement de la population, réduisant ainsi les écarts et diversités d'offre hospitalière selon les cantons.

Dans les historiques cantonaux, le positionnement, le jeu et la marge de manœuvre des acteurs ont démontré toute la complexité des processus de planification et la dimension parfois aléatoire de certaines décisions. Dans ce contexte, de manière générale, les entretiens réalisés avec les principaux acteurs des planifications cantonales montrent que les cantons souhaiteraient un soutien plus marqué de la part des autorités fédérales, plus particulièrement de l'Office fédéral de la santé publique, et davantage de précisions de la part des autorités supérieures pour améliorer la cohérence et l'efficacité des planifications hospitalières, notamment pour garantir une bonne mise en œuvre des principes de la LAMal. Plusieurs de ces acteurs déplorent ainsi l'absence de cadre de référence national conférant plus de clarté à la réalisation des listes hospitalières. L'absence de normes nationales amène les autorités en charge de la planification à orienter leur politique et leur action de planification à la fois sur la base de leurs évolutions historiques propres et des comparaisons intercantionales, là où elles peuvent être considérées comme pertinentes (proximités culturelles, géographiques, de population, etc.). La crainte est formulée d'une perte d'influence de la dimension scientifique qui devrait fonder une planification hospitalière (exigences médicales, qualité) au profit de réformes négociées politiquement et de manière approximative.

L'unanimité ne règne cependant pas, tout critère trop strictement arrêté et impératif réduisant d'autant l'autonomie des cantons, notamment pour intégrer dans les décisions certaines spécificités. Ce débat n'a pas été tenu. Personne n'a, à ce jour, discuté sérieusement de la notion de critères, de leur contenu possible, de leurs potentielles conséquences positives ou négatives. Par exemple, il est estimé actuellement que la construction d'un hôpital de soins aigus devrait correspondre à un bassin de population de 200'000 habitants. Une telle norme n'est cependant pas perçue de la même manière dans un canton urbain où la densité de population est élevée que dans un canton périphérique où la population est répartie sur un territoire plus large. Par contre, la nécessité de sortir d'un modèle de « nombre de lits par habitant » semble reconnue alors qu'elle est encore un élément déterminant dans un certain nombre de planifications. Un corpus d'indicateurs, négocié conjointement entre cantons et Confédération, pourrait s'avérer une solution pour que les autorités en charge de la planification puissent disposer de normes, tout en évitant une emprise trop forte de la Confédération.

L'appréciation de la répartition des rôles entre Confédération et cantons est diversement appréciée et comporte moult contradictions. Si certains acteurs relèvent que les cantons seraient ouverts à des conditions-cadre posées par la Confédération, d'autres refusent toute ingérence de la Confédération dans les affaires cantonales. De manière pragmatique, en regard des problèmes rencontrés par tous les cantons dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur planification hospitalière, des collaborations et compétences partagées semblent nécessaires pour répondre aux exigences formulées par la LAMal.

7. Place de l'expertise

Comme toutes les politiques publiques et tous les processus de décision, les planifications hospitalières doivent être pensées, construites et étayées par une maîtrise approfondie de domaine spécifique. L'élaboration des savoirs et la production scientifique ont un rôle essentiel pour garantir la qualité de l'analyse, la rigueur des processus et la pertinence des décisions. Dans ce sens, toute planification hospitalière se doit d'être élaborée sur des bases scientifiques incontestables. L'expertise s'avère ainsi déterminante pour assurer la cohérence d'une planification.

Cette expertise est rendue nécessaire par la très grande complexité du domaine sanitaire et de ses nombreuses composantes, économiques, juridiques, médicales. Evaluer la situation présente, tracer des perspectives, déterminer des objectifs sont autant de phases à argumenter et à conduire de manière rigoureuse. Avant la décision politique et ses contingences, l'état des lieux et les champs des possibles sont à objectiver scientifiquement pour éviter ou réduire les contestations de principe. Par ailleurs, la politique de milice suisse suppose un accompagnement des élus, membres de Gouvernements et ou de Parlements et des outils d'information à dispositions des nombreux acteurs de la société civile qui participent à un moment ou l'autre au débat ou à la décision, notamment lors de votations populaires.

S'agissant de la planification, l'expertise recouvre plusieurs domaines et disciplines, bien au-delà du seul secteur de la santé. Elle peut intégrer des considérations démographiques, médicales, épidémiologiques, économiques, statistiques, financières, historiques, juridiques, technologiques, organisationnelles, informatiques, etc. L'expertise n'est pas pourtant dépourvue de limites. D'une part, les connaissances peuvent diverger selon les experts et, d'autre part, elles évoluent dans le temps. Il est dès lors difficile de faire porter l'expertise par une seule personne. De même, pour certains responsables rencontrés, l'expertise doit être encadrée par le politique, car la décision finale repose sur un subtil équilibre. Concrètement, dans les cantons étudiés, les experts ont procédé souvent à un état des lieux, puis élaboré des variantes d'action et des scénarii de planification, sachant qu'il revient aux autorités politiques de trancher en faveur de l'une ou l'autre des options présentées. Si l'expertise est incontournable, elle n'est pas à elle seule suffisante pour la réussite d'une planification. Comme le relèvent certains de nos interlocuteurs « si l'évidence ne plaît pas, le politique dira que l'évidence est mal faite. L'expertise a beau être utile et reconnue, elle n'est pas toujours convaincante pour le milieu politique. On trouvera toujours un autre expert qui dira le contraire ».

L'expertise est en principe de deux ordres. D'une part, les cantons utilisent les ressources et compétences internes dont ils disposent au sein de leur administration, notamment au sein des services de santé publique ou statistiques. D'autre part, en regard de la complexité des thèmes spécifiques et de leurs moyens internes, ils recourent à l'expertise externe. Historiquement, en Suisse romande, une majorité des cantons ont fait par exemple recours à l'expertise du Professeur Pierre Gilliard, démographe et statisticien. Ce dernier publie sa thèse « Vieillesse démographique et planification hospitalière. Etudes fondées sur les données de la Suisse et du Canton de Vaud » en 1969. Il y développe

l'idée que, face au vieillissement démographique et à l'évolution de techniques hospitalières, il faudra resserrer les liens existant entre planification hospitalière, planification médico-sociale et soins à domicile. Sur la base du constat d'un réseau hospitalier surdimensionné, il préconise de changer les missions de certains hôpitaux. Fort de ce travail conséquent, il s'impose comme expert de planification en Suisse romande. Il est un précurseur et les cantons feront régulièrement appel à ses compétences pour accompagner scientifiquement leurs projets de réforme du système hospitalier. Il est ainsi intervenu par exemple dans les cantons de Vaud dès les années 1970, Neuchâtel dans les années 1980, Valais dans les années 1960 puis à la fin des années 1990, Fribourg et Genève dans les années 1990. Sa pensée n'est toutefois pas sans contradicteur. Ainsi, le géographe Antoine Bailly analyse le rôle des hôpitaux en réfutant le point de vue considérant uniquement les hôpitaux comme facteur de coûts et donc créateurs d'emplois. Il intègre la place que prennent les hôpitaux, principalement les hôpitaux régionaux de petite et moyenne taille, dans le développement des régions périphériques. Dans cette perspective, les hôpitaux rapportent plus aux régions que ce qu'ils ne coûtent.

L'expertise ne provient pas uniquement d'acteurs historiquement liés au domaine sanitaire, mais également d'acteurs liés aux domaines économique et managérial. Par exemple, les cantons de Vaud et Valais ont confié un mandat pour l'organisation hospitalière des régions Riviera-Chablais à Ernst & Young²⁵. Enfin, relevons que l'externalisation de l'expertise n'est pas sans effets pervers, les experts n'étant par exemple pas dénués de tout lien d'intérêt avec le monde hospitalier. On retrouve l'expertise du Prof. Robert Leu dans les travaux de la seconde révision de la LAMal (Conseil fédéral, 2004). En parallèle à ces activités, ce dernier siège dans les conseils d'administration de Medi-Clinic, groupe sud-africain de Cliniques privées, de Medi-Clinic Switzerland sa filiale suisse et de l'assureur Visana (Rodriguez, 2011).

Remarquons que l'Office fédéral de la statistique a mis sur pied l'Observatoire national de la santé OBSAN, lequel constitue un réel espace d'expertise scientifique dans le domaine de la santé. Ses travaux et ses collaborations avec les cantons garantissent la production de données pour la planification. Pensons par exemple aux différents travaux sur l'état de santé de la population. Dans ce sens, le canton du Valais, pour accompagner son pilotage du système de santé à lui aussi institué un observatoire cantonal de la santé.

8. Démocratie sanitaire

Selon les synthèses historiques cantonales, la population, notamment pas ses droits de pétition, de référendum et d'initiative, intervient à de nombreuses occasions dans le processus de planification hospitalière. Les groupes d'acteurs et les intérêts qu'ils défendent et représentent, souvent divergents, expliquent cette situation. A ce jour, les relations entre autorités cantonales et citoyens dans le cadre du processus de planification hospitalière n'ont jamais fait l'objet d'études approfondies. En regard des pratiques observées dans les cantons latins, quelques réflexions s'imposent.

Lorsque la population intervient, en cours de processus ou une fois les décisions de planifications décidées, c'est en principe pour manifester son désaccord avec le projet. Cette opposition renvoie ainsi au changement de mission ou à la fermeture d'un hôpital ou à celle d'un ou plusieurs de ses services.

²⁵ Etude de divers scénarii d'organisation liés aux hôpitaux aigus de la Riviera et du Chablais.

Les citoyens affirment par cet acte leur attachement à la proximité d'un hôpital. Leur revendication est double et concerne à la fois la défense des prestations de santé, donc des ressources allouées, et celle de l'hôpital comme pourvoyeur d'emplois dans une région. L'histoire cantonale montre que le rejet d'une décision législative en matière de santé ou, plus précisément, de planification hospitalière, est un phénomène fréquent, même s'il faut aussi relever que le peuple s'est également prononcé en faveur des planifications hospitalières, validant les décisions des autorités. Nombre de processus ont ainsi été interrompus et remis sur le métier, ce qui influence par ailleurs directement la durée des processus et, avec le décalage temporel qui en résulte, la pertinence et l'adéquation des mesures envisagées. On pourrait donc craindre, en regard de l'analyse de la cohérence des politiques de santé, que les recours à des scrutins populaires, lorsqu'ils se caractérisent pas un blocage des processus, portent préjudice à la cohérence temporelle et interne de la planification hospitalière.

Concrètement, les outils de la démocratie semi-directe offrent plusieurs types d'intervention, qui sont intervenues dans les cantons étudiés. Le référendum a par exemple été à l'origine de l'échec du RHUSO en 1999. Les initiatives populaires et parlementaires ont été largement utilisées comme réponses aux projets de planification hospitalière du canton de Neuchâtel, notamment en lien avec l'implantation du site mère-enfant. L'intervention du peuple a également pris des formes pétitionnaires, voire de manifestations publiques. Le tableau ci-dessous récapitule les interventions du peuple dans le processus de planification hospitalière sont variées quant à leur forme et plus ou moins utilisées selon les cantons.

Tableau 2.4 : Principales interventions du peuple et/ou de ses représentants dans le processus de planification sanitaire

Canton	Interventions du peuple et/ou de ses représentants
Berne	Contestation des collectivités locales, relayées auprès du Conseil-Exécutif.
Fribourg	« Refus populaire » de Médiplan (1989), Acceptation de l'Initiative populaire en faveur du maintien de tous les hôpitaux et du changement de la prise de décision en cas de changement de mission d'un hôpital (1993)
Genève	Référendum contre la fermeture de la Clinique de Montana (1994), Acceptation du référendum contre le RHUSO (1999)
Jura	Pétition demandant le maintien des deux maternités de Delémont et Porrentruy avec 8'000 signatures, « Refus populaire » de « Hôpital multisite du Jura » (2001) : Rapport de l'Association des Maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs, pétition issue de cette même association avec plus de 13'000 signatures
Neuchâtel	Pétitions et manifestations contre le projet de transformation des hôpitaux de La Béroche, Landeyeux et Le Locle (1992-1993) ; deux initiatives populaires et une initiative des communes contre la décision d'implanter le Centre mère-enfant à la Chaux-de-Fonds et la fermeture de la maternité du Val-de-Travers (2008)
Tessin	Votation populaire sur l'hôpital italien de Lugano (1999)
Valais	Pétition contre la fermeture de la maternité de Martigny (2004), Initiative populaire « Soins pour tous » (2005), Référendum contre la loi sur les établissements de santé LEIS (2011)
Vaud	Initiative populaire « Pour des hôpitaux de proximité », refusée en votation populaire (2000)

Les interventions populaires ont indubitablement une influence sur la cohérence temporelle du processus de planification hospitalière. Dans le canton de Fribourg, en 1993, l'acceptation de l'initiative populaire en faveur du maintien de tous les hôpitaux et du changement de prise de décision en cas de modification de mission d'un hôpital, enterme définitivement le projet Médiplan. Le canton poursuit ses réformes en créant une Commission intégrant des représentants des différentes régions. Lorsqu'en 2001, les autorités jurassiennes proposent leur projet d'Hôpital multisite du Jura qui prévoit, compte tenu de la taille du canton, de conserver les soins aigus sur un seul site, la population s'y oppose et

entrave le processus hospitalier. Ainsi, le canton de Jura est toujours doté de deux établissements hospitaliers n'atteignant par les masses critiques usuellement acceptées. Plus récemment, le canton de Neuchâtel, en écho aux différentes initiatives déposées au cours de l'année 2008, a organisé en octobre 2009 les Etats généraux de la santé qui intégraient une majorité des acteurs du système sanitaire neuchâtelois. Ces deux manières de répondre aux préoccupations citoyennes se caractérisent par des approches plus institutionnelles, il est également possible d'utiliser des approches plus sanitaires. En effet, la question de la proximité géographique avec un établissement hospitalier est au cœur des mobilisations de la population lorsqu'elle s'oppose à la fermeture d'un établissement régional. Or, des alternatives existent pour rendre « supportable » la fermeture d'un hôpital régional. Ainsi le canton du Valais, lors du premier redimensionnement de son système hospitalier qui aboutit en 1995, a renforcé à cette occasion les services de soins à domicile, rassurant ainsi les patients qui craignaient d'être renvoyés trop rapidement à leur domicile.

Parmi les thèmes hautement sensibles du point de vue des disciplines médicales, les différentes interventions populaires font apparaître la prépondérance de la question sensible de la fermeture des maternités. Un service de maternité porte en lui une symbolique particulièrement forte auprès de la population. Sa fermeture laisse sous-entendre qu'on ne naît plus dans cette région. Cette perception, fortement émotionnelle, s'est avérée mobilisatrice, quand bien même lorsque les statistiques démontraient une baisse du nombre d'accouchements problématiques du point de vue de la qualité de la prise en charge.

Néanmoins, les personnes interrogées s'accordent sur le fait que l'utilisation des instruments démocratiques dans le domaine de la santé publique est saine et utile. Ces instruments jouent un rôle régulateur et permettent d'éviter des projets trop éloignés des attentes et intérêts de la population. De plus, il est admis comme étant illusoire de « passer en force », en marginalisant la perception et la compréhension de la complexité des enjeux par le peuple, d'autant plus s'il s'exprime par des actes démocratiques. L'existence d'un débat public sur la question hospitalière participe ainsi d'une bonne construction et de la légitimité d'une politique publique.

Par contre, il faut admettre que les instruments démocratiques ont aussi leurs limites, notamment lorsqu'ils ne sont pas en adéquation avec la réalité, véhiculent de fausses interprétations ou génèrent des coûts inappropriés pour les autorités publiques, en violation de la LAMal et des principes de bonne gouvernance. Il n'est pas impossible que la volonté populaire se laisse parfois manipuler, ou pour le moins dominer, par des intérêts particuliers ou par des arguments de nature émotionnelle, par exemple dans le cas d'une fermeture d'une maternité. Mais, les instruments de démocratie semi-directe peuvent également servir de levier pour stimuler certains projets. Par exemple, de l'avis des autorités du canton du Jura, sans l'Initiative populaire « Pour la sécurité sanitaire », l'Unité de surveillance temporaire et de triage n'aurait certainement pas été mise sur pied si rapidement, au grand bénéfice de la population et des patients concernés.

Pour certains responsables interrogés, les projets de réformes auraient pu aller plus loin et être plus efficaces s'il n'y avait pas eu de menace et de pression populaires. Pour d'autres, l'existence d'instruments démocratiques ne semble avoir eu aucun impact sur leurs projets. Enfin, il est évident que ces processus provoquent de la lenteur et un alourdissement des processus devenus plus complexes et délicats à maîtriser. Les autorités bernoises rappellent que lorsqu'une loi est prête, il faut compter deux ans pour la mettre en vigueur, tout en soulignant que le Grand Conseil reproche la lenteur de l'administration.

Les commissions

La problématique de la démocratie sanitaire renvoie à la construction du consensus nécessaire à la finalisation d'un processus de planification, consensus possible uniquement par une étroite intégration et participation, puis l'adhésion des principaux acteurs concernés au projet. Cette dynamique peut prendre diverses formes. Une de celles-ci consiste à instituer des commissions intégrant les différentes parties concernées par la planification hospitalière. Les formes et les acteurs que ces commissions intègrent diffèrent selon les cantons. Ses prérogatives également. Certaines de ces commissions sont consultatives et permanentes ; d'autres sont « ad hoc », consacrées à une problématique spécifique, et ponctuelle, en principe limitées dans le temps. Le tableau présente, par exemple, les commissions régulières, qui existent dans quatre cantons.

Tableau 2.5 : Commissions de planification sanitaire

Canton	Commissions
Valais	La Commission de planification sanitaire est une commission consultative du Conseil d'Etat. Elle comprend des représentants des communes, RSV, EMS, CMS, assurances et corps médical. Toute modification de la planification doit être préavisée par cette commission et elle-même peut être force de propositions.
Berne	Le canton de Berne est doté de plusieurs commissions (commission pour le secteur hospitalier, commission pour le secteur psychiatrique, commission pour le secteur de sauvetage), mais leur rôle est moins significatif, se cantonnant à conseiller le Conseiller d'Etat. De l'avis des autorités consultées, « Il y a de l'échange en leur sein, mais cela reste formel et vide de contenu, sauf si l'on discute en sous-groupes plus petits ».
Jura	Le canton du Jura est doté de deux Commissions qui diffèrent notamment de par leur moment d'intervention. Le Conseil de santé publique, une commission consultative du Gouvernement représentant la société civile, est consulté en amont de la décision, alors que la Commission parlementaire de la santé l'est en aval de la décision du Conseil d'Etat.
Tessin	Le canton du Tessin est doté d'une commission de la planification sanitaire qui est chargée de collaborer avec le Gouvernement cantonal dans l'élaboration de la planification hospitalière. La commission est composée des milieux intéressés, qui y sont représentés. En plus, des conférences régionales sont consultées.

Ces différentes commissions instituées, regroupant les acteurs du système de santé concernés par les processus de réformes, sont des espaces de négociation formels, reconnus, qui contribuent indéniablement à la construction de l'opinion et à l'élaboration de majorités politiques. Ce ne sont toutefois pas les seuls endroits de négociation des projets de planification hospitalière. D'autres espaces existent. Ainsi, le canton de Berne compte un groupe informel, issu du Grand Conseil, comprenant des représentants de tous les partis et se concentrant sur les questions de santé publique. Lors des cinq sessions annuelles du Grand Conseil, ce groupe organise un « événement-rencontre ». Les représentants des autorités sanitaires bernoises estiment que ce groupe participe à la bonne formation et à l'échange entre – et avec – les membres du Grand Conseil. En outre, une fois l'an, des rencontres se déroulent entre la Direction de la santé publique et les acteurs principaux de la santé : assureurs, médecins, par exemple. Dans le canton du Jura, des séances sont également tenues entre les autorités cantonales et les acteurs concernés (comité d'initiative, association des communes, etc.), mais aussi partis politiques. Dans le canton de Vaud, trois espaces de négociation pour la planification sont mentionnés par les autorités. Le premier se situe entre l'Etat et les représentants des hôpitaux ; le second entre l'hôpital universitaire et les autres hôpitaux, sous arbitrage étatique ; le dernier se situe à l'intérieur même du corps médical (syndicats et association suisse des infirmières et infirmiers). Toutefois, dans les faits, il s'avère que l'on a affaire ici davantage à des espaces d'écoute que véritablement de négociation. Les chances des réformes hospitalières y sont testées. S'y ajoute le collège des médecins hospitaliers, regroupant les médecins des hôpitaux de zone et de l'hôpital universitaire. Cette commission n'a aucun

pouvoir décisionnel, mais discute de la répartition des disciplines entre hôpital universitaire et hôpitaux de zone.

Finalement, les relations interpersonnelles de tout genre entre les acteurs qui, au quotidien, assument la mise en œuvre des politiques sanitaires stimulent l'échange et ouvrent des opportunités de négociation pouvant, dans ces processus, s'avérer déterminantes. Car derrière sa complexité et sa technicité, on observe qu'une planification hospitalière, au-delà des dimensions quantitatives, économiques et médicales, est l'occasion d'un dialogue approfondi sur la définition des contours de l'allocation des ressources. Ce dialogue, pour autant qu'il soit éclairé, constitue vraisemblablement une des clés du succès.

9. Processus temporel et cohérence

En raison de l'évolution historique du développement des infrastructures hospitalières, des répartitions de compétences institutionnelles, du rythme des processus cantonaux et intercantonaux ou de sa mise à jour permanente, la planification hospitalière s'inscrit dans le temps long. Elle ne peut s'appréhender et se concevoir que dans la durée et dans la perspective de processus dits « en boucle ». La souveraineté cantonale structure l'agenda et le rythme des démarches entreprises et mises en œuvre. Si on observe que tous les cantons ont planifié bien avant l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les effets de cette dernière sont bien réels. L'entrée en vigueur de la LAMal, en 1996, impose à chaque canton d'édicter, jusqu'au 31 décembre 1997, une liste des hôpitaux et des EMS conventionnés. Sur la base de cette liste, une évaluation transversale de l'ensemble des pratiques cantonales a été réalisée (Rotenbühler, 1999), qui montre qu'aucun « marqueur » formel de planification n'émerge.

L'axe temporel sur lequel s'ébauche une planification hospitalière peut être compris comme un indicateur du degré de cohérence de ce processus d'allocation des ressources. En effet, par définition, une planification comporte des objectifs à atteindre et des délais de mise en œuvre, dont ceux imposés par la législation fédérale. On dira d'un canton qui atteint ses objectifs de planification hospitalière dans les délais préalablement impartis, qu'il est cohérent. Par ailleurs, certains éléments peuvent influencer la cohérence temporelle. Un canton qui réactualise ses données en anticipant les éventuelles évolutions démographiques et/ou technologiques aura un degré de cohérence plus élevé dans son processus de planification. De même, un canton à même d'anticiper ou d'intégrer les pressions des acteurs et de la démocratie sanitaire bénéficiera lui aussi d'une cohérence plus grande que celui qui ne peut mettre en œuvre une planification en raison des résistances et oppositions populaires et/ou régionales. Cette cohérence temporelle peut également s'apprécier par l'approche comparative, intercantonale. Un canton dont le processus de planification s'établit par mimétisme des autres cantons tend à avoir un processus de planification moins cohérent qu'un canton qui dicte son propre calendrier et le contenu des réformes, structurant dès lors les changements à opérer.

A titre d'illustration, le processus de planification hospitalière du canton de Vaud peut être qualifié de cohérent. En procédant, dès les années 1990, à des mises en réseau régionales de son système hospitalier, le canton de Vaud a redimensionné son système hospitalier de manière à ce qu'il réponde aux besoins sanitaires de la population. Le canton de Genève a, quant à lui, prévu dans sa planification 1998-2001 que le nombre de lits des HUG serait réduit à 2'000 unités pour la fin de la période. Or, fin 2001, avec 2'190 lits (Secrétariat du Grand Conseil, 2003, p.10), l'objectif n'est pas atteint. Un exemple particulièrement éclairant quant au manque de cohérence interne découlant des facteurs extérieurs, est celui de l'échec initial du projet fribourgeois de planification « Médiplan 89 ». En raison des résistances

régionales, les autorités cantonales furent obligées de réajuster leur processus de planification hospitalière et de maintenir des hôpitaux de soins aigus préalablement considérés comme superflus.

Les mises en réseau successives des systèmes hospitaliers cantonaux sont une illustration de la cohérence temporelle. La notion de mise en réseau des systèmes hospitaliers, voire du système sanitaire dans une perspective plus globale, est devenue progressivement un « paradigme » central de la planification. Les progrès technologiques et l'évolution démographique influencent l'utilisation du système hospitalier. L'accélération de ces deux facteurs explique pourquoi tous les cantons se trouvent dotés d'un système hospitalier surdimensionné. La mise en réseau, accompagnée d'une redéfinition des missions des hôpitaux composant le réseau, a été la réponse privilégiée par tous les cantons. Celle-ci s'inscrit aussi dans un processus temporel spécifique.

La notion de réseau est protéiforme et évolutive. Elle se conjugue au gré des spécificités cantonales. Elle diffère et se transforme dans le temps. Pour certains, il s'est agi, dans un premier temps, de mettre en commun certaines activités, comme la gestion et l'administratif sans qu'une répartition des disciplines ne soit faite entre les différents établissements composant le réseau. Lorsque la mise en réseau s'accompagne d'une différenciation des disciplines entre établissements, on peut considérer celle-ci comme aboutie. Relevons que la mise en réseau ne concerne pas forcément que les établissements hospitaliers de soins aigus, mais associe également les établissements de soins de longue durée (traitement, réadaptation, etc.), voire les établissements médico-sociaux EMS (Réseau hospitalier du Jura). Enfin, il s'agit de différencier les réseaux selon la surface géographique qu'ils couvrent, certains réseaux peuvent être cantonaux (Genève, Valais) alors que d'autres ne concernent qu'une seule partie du canton (Vaud, Réseau du sud Fribourgeois).

Une majorité des cantons analysés possède un unique réseau d'hôpitaux publics pour l'ensemble de leur territoire. Seuls les cantons de Berne et Vaud, en raison de leur superficie et de leur taille démographique, possèdent plusieurs réseaux hospitaliers régionaux. Pour les cantons dotés d'un réseau hospitalier unique, leur date d'entrée en vigueur s'étend de 1982 pour le Tessin à 2007 pour Fribourg, soit une période de 25 ans.

Tableau 2.6 : Date d'entrée en vigueur des réseaux hospitaliers cantonaux

Canton	Date d'entrée en vigueur des réseaux hospitaliers cantonaux
Tessin	EOC, 1982
Genève	HUG, 1995
Valais	RSV, 2003
Jura	H-JU, 2003
Neuchâtel	HNE, 2006
Fribourg	HFR, 2007

A l'exception du Tessin, au début des années 1980, il faut attendre les années 1990 pour voir émerger véritablement cette discussion politique de mise en réseau. La mise en réseau des hôpitaux genevois peut être liée au fait que Genève soit un canton-ville, ce qui réduit d'autant les résistances régionalistes. Par conséquent, la répartition et la redéfinition des missions des différents hôpitaux s'est opérée sans que la population d'une région donnée ne se soit sentie préteritée par des décisions de planification hospitalière. En Valais, par contre, les communes propriétaires des hôpitaux sont responsables de la non-application des « Lignes directrices 2000 » prévoyant la création de trois réseaux hospitaliers pour le canton. Ce n'est qu'en 2003 que la mise en réseau fut effective, avec la création d'un seul réseau

hospitalier pour l'ensemble du canton. Dans le canton du Jura, bien qu'entré en force en 2003, le réseau hospitalier jurassien se compose (notamment) de deux hôpitaux proposant chacun des soins aigus. A ce jour, il a été impossible de concentrer les soins aigus sur un seul site. Le calendrier temporel de la planification hospitalière neuchâteloise est également retardé par l'impossibilité de trouver un accord sur la répartition des disciplines entre les deux sites de Neuchâtel et La Chaux-De-Fonds.

Du point de vue des acteurs

La gestion du temps dans le processus de planification hospitalière est perçue de manière très différente selon les acteurs interrogés. Il est courant de distinguer deux phases dans la gestion temporelle. Une première, qui débute avec l'élaboration des principes et du contenu général d'une réforme jusqu'à son adoption. La seconde, qui comprend essentiellement sa mise en œuvre et s'étale dans le temps. C'est celle qui paraît la plus difficile à conduire, notamment parce qu'elle nécessite le soutien et la collaboration des régions.

La période de planification peut être définie dans un cadre temporel ayant pour référence la durée de la législature politique. Elle est par exemple de 4 ans pour la planification bernoise, soit un temps assez court, obligeant les autorités bernoises à planifier tout de suite. D'autres cantons n'ont pas les mêmes impératifs temporels. Dans le canton de Vaud, un ancien chef du service de la santé estime qu'une première législature doit servir de cadre pour l'élaboration des principes et axes de la planification et sa légitimation politique, alors que la législature suivante doit être celle de la mise en œuvre. En Valais, l'historique du RSV montre le choix d'opérer par étape et progressivement, en apportant une sorte de preuve par l'acte. Il est aussi estimé qu'un rythme de planification basé sur le long terme permet une prise de conscience et une évolution des mentalités. Néanmoins, une fois l'idée du changement acquise, le rythme doit s'accélérer, notamment pour réduire les périodes d'incertitudes et de conflits potentiels, de même que pour des questions de gestion des ressources financières et en personnel. Des phénomènes divers, externes ou internes, peuvent jouer en faveur ou en défaveur du déroulement d'une planification. La pression engendrée par une démarche régionale ou par les coûts peut par exemple inciter les autorités à prendre des mesures. Ainsi, l'acceptation de la LAMal par le peuple a servi de levier pour la planification hospitalière fribourgeoise de 1997, permettant au Conseil d'Etat de trouver une porte de sortie par rapport à l'initiative populaire acceptée en 1994.

Enfin, s'agissant d'un certain pragmatisme, le calendrier politique joue un rôle non négligeable dans les décisions principales de réforme. En effet, il est rare que des décisions de planification soient prises avant les élections. En effet, il est arrivé parfois que des Conseillers d'Etat impliqués dans des projets de planification hospitalière, ne soient pas réélus, ce qui influe le calendrier. Les changements en matière hospitalière ont donc plutôt lieu en début de législature.

A la lecture des planifications cantonales, le temps est à considérer comme facteur déterminant dans la définition et la réalisation de la cohérence.

10. Collaborations intercantionales

Le système hospitalier s'est développé, historiquement, à l'intérieur des frontières cantonales. Les cantons ont eu longtemps la volonté d'offrir si ce n'est l'ensemble, du moins le maximum de disciplines de soins à leur population. Cette posture d'« autarcie sanitaire » est la règle tant que les disciplines et les techniques d'intervention ne se spécialisent pas trop et que les progrès technologiques évoluent à un rythme relativement modéré. Les cantons n'ont alors pas ou peu d'incitations, économiques ou qualitatives, à mettre en place des collaborations intercantionales. De plus, cette perspective cantonale s'inscrit pleinement dans l'architecture fédéraliste, dans laquelle les tâches et compétences hospitalières incombent exclusivement aux cantons.

L'évolution des technologies médicales et des pratiques hospitalières ont influencé de manière drastique les durées moyennes de séjour et généré une surcapacité en lits et donc des coûts élevés. De plus la recherche d'une masse critique adéquate de patients traités s'impose en terme de qualité de la prise en charge et d'économies d'échelle. Si la recherche d'une masse critique pertinente s'est d'abord réalisée à l'intérieur des frontières cantonales, la seconde révision LAMal prévoit désormais à son article 39, alinéa 2, que : « les cantons coordonnent leurs planifications ».

L'ordonnance d'application précise à son article 58d ce que les autorités fédérales attendent des cantons au sujet de la coordination des planifications. Ceux-ci « (...) doivent notamment : a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés ; b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins ». Cet ajout législatif comporte une part d'incertitude. Que recouvre par exemple la notion d'« informations pertinentes » ? Qu'entend le Conseil fédéral par le fait de « coordonner les mesures de planification » ? Le texte demeure vague quant au contenu opérationnel de la coordination. Cette base législative ne semble pas produire de changements dans les pratiques cantonales. Dès lors, davantage que la coordination effective des planifications hospitalières cantonales, il convient de s'intéresser aux différentes formes de collaborations intercantionales existantes, instituées ponctuellement, soit de manière bilatérale, soit multilatérale, au gré des conditions et circonstances régionales. Plusieurs cantons ont en effet choisi de collaborer entre eux bien avant l'injonction juridique fédérale. Ces collaborations influent positivement sur la cohérence de la planification hospitalière en permettant d'atteindre plus aisément des masses critiques favorisant la qualité et l'économicité des prestations.

La forme de collaboration intercantonale la plus visible concerne la médecine de pointe. Certaines disciplines, hautement technologiques, ne sont pratiquées que dans les hôpitaux universitaires. La Suisse en compte cinq, à Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich. Pour que la population des autres cantons puisse s'y faire traiter, des conventions sont conclues entre les cantons et les hôpitaux universitaires ou leur autorité cantonale de tutelle. Toutefois d'autres collaborations intercantionales ont été instituées, répondant à des impératifs linguistiques ou géographiques régionaux. Plusieurs exemples émergent de notre étude.

En 1996, les autorités jurassiennes concluent une convention avec le canton de Neuchâtel pour permettre l'hospitalisation des patients provenant des Franches Montagnes à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Cette convention est motivée par des raisons de proximité géographique, la région étant plus proche de cet hôpital que de ceux de Delémont ou de Porrentruy. Trois ans auparavant, le canton du Jura concluait une autre convention, avec le canton de Berne, relative aux patients jurassiens et à ceux

des trois districts du Jura bernois. Cette première convention prévoit le libre passage intégral pour les traitements en chambre commune. On y décèle certes des raisons géographiques, mais aussi culturelles et politiques.

Les collaborations intercantionales peuvent s'inscrire dans la durée, mais ne sont pas immuables. L'exemple de la collaboration entre l'Hôpital de Saanen (ou Gessenay), situé sur le canton de Berne, et celui de Château-d'Oex, situé dans le canton de Vaud, l'atteste. A quelques kilomètres de distance, ces deux hôpitaux collaborent dès 1974 (Hôpital du Pays-d'Enhaut, 2006). Pourtant, cette collaboration a pris fin lorsque l'Hôpital de Saanen, en lien avec la Loi sur le financement des hôpitaux bernois, a rejoint le groupe Thoune-Simmmental. Pour assurer une qualité des prestations et des coûts raisonnables, l'Hôpital de Château-d'Oex a dû rechercher de nouveaux partenaires. Des discussions ont été entamées avec les hôpitaux d'Aigle et de la Riviera (Hôpital du Pays-d'Enhaut, 2006), ce qui aurait inscrit cette collaboration dans le cadre du canton de Vaud. Toutefois, afin d'assurer une couverture géographique aussi bonne que possible, l'Hôpital de Château-d'Oex s'est finalement tourné vers l'Hôpital du Sud Fribourgeois, pour la gynécologie-obstétrique et la chirurgie d'urgence. Même si une solution satisfaisante a été trouvée pour les patients du Pays d'en Haut, la fin de la collaboration intercantonale entre les Hôpitaux de Saanen et de Château d'Oex n'est pas sans effet. Alors que des synergies étaient établies entre les deux établissements, ceux-ci proposent actuellement chacun des prestations de soins aigus, alors qu'ils ne sont situés qu'à quelques kilomètres, ce qui est peu judicieux.

D'autres collaborations intercantionales, plus abouties, existent également sous forme d'hôpitaux intercantonaux. Dans les cantons concernés par notre recherche, on en trouve deux : l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) et l'Hôpital intercantonal du Chablais (HIC).

Les premières discussions relatives à la création d'un hôpital intercantonal entre les cantons de Fribourg et Vaud datent de 1992. La Broye, région située sur les deux cantons, était dotée de deux hôpitaux de soins aigus, respectivement à Estavayer-le-Lac et à Payerne. Les deux sites sont regroupés dans une même organisation le 1er avril 1999. La répartition des disciplines prévoit la concentration des soins aigus sur le site de Payerne ; l'hôpital d'Estavayer-le-Lac devient un CSR. Cette fusion a permis d'atteindre une masse critique et d'éliminer des « doublons » inappropriés dans l'offre de soins aigus.

Le second hôpital intercantonal est le fruit de la collaboration entre les cantons du Valais et de Vaud. Institué en 1998 pour la région du Chablais, l'hôpital unique partage ses activités entre les sites d'Aigle et de Monthey. La chirurgie, la médecine et les soins intensifs sont alloués sur le site de Monthey, alors que la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et la chirurgie programmée, relèvent du site d'Aigle. Cette réorganisation est le prélude à la construction d'un hôpital monosite, qui inclura également la région de la Riviera dont l'ouverture est prévue pour 2015 (Hôpital Riviera Chablais Vaud-Valais, 2010). Alors que l'Hôpital du Chablais dessert un bassin de population de 70'000 habitants, l'inclusion de la Riviera au sein du futur hôpital Riviera-Chablais, élargit le bassin de population à 170'000 habitants, soit la masse critique communément admise par les experts pour un hôpital de soins aigus de 300 lits.

Les frontières cantonales ne se superposent que rarement au bassin de population adéquat pour garantir le bon fonctionnement d'un établissement hospitalier. Or, la recherche d'une masse critique idéale est un enjeu crucial pour répondre aux exigences de qualité et d'économicité d'une planification. En regard de l'hôpital du Chablais, on observe que pour le canton du Valais, le fait d'établir des conventions intercantionales permet l'élargissement du bassin de population et la réalisation d'une masse critique. Pour le canton du Valais, il aurait été possible dans une approche strictement cantonale

de rattacher la seule région du Chablais valaisan au site de Martigny. Toutefois, par effet de vases communicants, cette option aurait été problématique dans la recherche de masses critiques avec le centre du Valais. D'où le double avantage d'une solution de collaboration avec le canton de Vaud.

Outre l'établissement chablaisan, le canton du Valais développe une autre collaboration avec le canton de Vaud dans le domaine de la médecine de pointe. Ainsi, le Valais a mis sur pied des collaborations, notamment pour permettre la pratique de disciplines universitaires sur place, certains professeurs étant engagés à la fois au CHUV et au RSV. De la sorte, le canton du Valais bénéficie du savoir-faire et de la technologie universitaires, tout en effectuant une opération économiquement avantageuse. Cette situation est également géographiquement plus intéressante pour les proches des personnes hospitalisées. Cette collaboration entre les deux cantons est fondée sur une convention - cadre en vigueur depuis 1996.

L'ouverture des frontières cantonales en matière d'hospitalisation entrée en vigueur le 1er janvier 2012 devrait modifier le paysage hospitalier suisse. De par les incitatifs économiques et qualitatifs que cette réforme amène, la recherche d'une masse critique sera d'autant plus importante dans les réformes hospitalières à venir et conduira à un renforcement des collaborations intercantionales.

11. Médecine hautement spécialisée

En complémentarité des analyses consacrées aux planifications hospitalières cantonales et à quelques collaborations intercantionales dans le domaine des soins somatiques aigus, il convient de porter un regard, général donc partiel, sur la problématique de la médecine hautement spécialisée. Les processus qui s'y développent sont révélateurs des difficultés rencontrées dans l'élaboration d'une véritable politique cohérente de planification hospitalière en Suisse.

Définition du problème public

La médecine hautement spécialisée (MHS) ou médecine de pointe regroupe plusieurs disciplines dispensées en milieu hospitalier. De multiples définitions lui sont attribuées. La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, renonce à une définition stricte de la MHS et la considère comme l'ensemble des disciplines caractérisées par la « rareté de l'intervention, par un fort potentiel d'innovation, par un investissement humain ou technique élevé et/ou par des méthodes de traitement complexes et surtout par des frais élevés de traitement, y compris de diagnostic » (CDS, 2008, p.4).

Tout comme l'ensemble du système hospitalier, la MHS s'est d'abord développée à l'intérieur des frontières cantonales. Pour de multiples raisons, de positionnement dans le domaine de la santé, de prestations en faveur de la population, de formation et de recherche, mais aussi de prestige ou de proximité, les cantons allouent des prestations relevant de diverses disciplines à leur population. Le Conseil fédéral, dans le Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15 septembre 2004, rappelle que « les lacunes en matière de planification et de répartition des tâches constatées dans le domaine de la médecine hautement spécialisée font, depuis des années, l'objet de nombreuses discussions et propositions. Dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée ont également été identifiées en tant que domaines devant être organisés au niveau intercantonal pour que les tâches soient réalisées

avec une plus grande efficacité » (Conseil fédéral, 2001). En encourageant les collaborations intercantionales, le Conseil fédéral estime que cette nouvelle répartition des compétences permettra aux cantons de « (...) tirer profit des potentiels inutilisés actuellement, découlant des avantages liés à la taille et à l'exécution commune des tâches. (...) Chaque citoyen profitera de la RPT en raison de coûts plus bas et/ou d'une offre plus large et d'une meilleure qualité en matière de prestations publiques » (Conseil fédéral, 2001). La CIMHS, dans son rapport explicatif, s'approprie ce raisonnement et identifie les gains potentiels d'une réorganisation de la médecine de pointe : « (...) la médecine hautement spécialisée a été identifiée comme l'un des domaines à organiser au niveau intercantonal en vue d'améliorer son efficacité et le caractère économique » (CDS, 2008, p.3).

Plus encore que pour les autres disciplines hospitalières, dans la médecine de pointe, la notion de masse critique apparaît comme centrale. Par conséquent, la recherche d'une collaboration entre cantons pratiquant la MHS devrait être favorisée pour atteindre un degré élevé de qualité et, par les effets de taille, gagner en économicité des prestations.

11.1. La médecine hautement spécialisée en 2009

Les travaux menés par la CDS dans le cadre de la Convention intercantonale relative à la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM) identifient un certain nombre de disciplines relevant de la médecine hautement spécialisée, réparties dans les cinq centres universitaires de Suisse de la manière suivante.

Tableau 2.7 : Disciplines MHS selon les centres universitaires

	BS	BE	GE	VD	ZH	Autres
Neuroradiologie interventionnelle				X	X	
Transplantation de cellules souches hématopoïétiques	X		X		X	
Chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle pédiatriques						
Parties de l'ophtalmologie						
Chirurgie de l'hypophyse						
Grandes brûlures* ²⁶				X	X	
Transplantations de rein*	X	X	X	X	X	Hôpital de Saint-Gall
Transplantations du foie		X	X		X	
Transplantations de poumon				X	X	
Transplantations de pancréas			X		X	
Transplantations du cœur		X		X	X	
Tomographie par émission de positons (TEP)						
Protonthérapie*						Institut Paul Scherrer
Implantations cochléaires*	X	X		X	X	Hôpital cantonal Lucerne

Malgré cette typologie, le flou caractérisant la définition même de la médecine de pointe, montre qu'on ne peut se focaliser sur le seul statut d' « hôpital universitaire » lorsque l'on parle de médecine de pointe. Ainsi, une prise de position de la Fédération des médecins suisses nuance une situation qui ne

²⁶ * = Organe de décision de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (2010). Décision concernant la planification du domaine de médecine hautement spécialisée (MHS) des implants cochléaires du 28 mai 2010.

serait le fait que des seuls centres universitaires : « Tous les hôpitaux universitaires estiment pratiquer une médecine de pointe et se font une concurrence acharnée, s'arrachant les chefs de service prestigieux et investissant dans des domaines potentiellement prometteurs. Les grands centres hospitaliers non universitaires ne sont pas en reste, désireux de confirmer leur attractivité dans l'optique du prochain libre choix de l'hôpital hors des frontières cantonales. Enfin, certains établissements privés, bénéficiant de procédures d'acquisition rapides, misent sur l'innovation pour attirer la clientèle » (Fédération des médecins suisse, 2010).

Identifiée par le Conseil fédéral comme un domaine gagnant à être géré dans une perspective intercantonale, la médecine hautement spécialisée est intégrée dans la seconde révision de la LAMal de 2007. Le nouvel alinéa 2bis de l'art. 39 introduit une base légale pour la planification hospitalière relative à la médecine hautement spécialisée : « Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales ». Dans son message, le Conseil fédéral explique qu'« il existe un certain consensus sur le fait que, dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, une planification au niveau suisse est nécessaire. Les cantons en particulier souhaitent que soit attribuée aux cantons la compétence de planifier ce secteur alors que d'autres organisations entendent confier cette compétence à la Confédération » (Conseil fédéral, 2004). L'article de loi laisse dans un premier temps la responsabilité aux cantons de s'accorder pour cette planification et si cette solution échoue, la compétence reviendra alors au Conseil fédéral, qui pourra agir à titre subsidiaire.

11.2. Repères historiques

Dans son ouvrage précurseur publié en 1969, le Professeur Gilliland préconisait déjà la planification de ce domaine, non pas au niveau cantonal, mais au niveau national (Gilliland, 1969, p.283). Pourtant, au fil des ans, les cinq hôpitaux universitaires suisses (BE, BS, GE, VD, ZH) se sont développés d'une manière peu concertée.

En Suisse romande, un premier rapprochement entre les hôpitaux universitaires a lieu en 1990 avec la création du Bureau de coordination Vaud-Genève par la signature le 20 novembre 1990 de la Convention intercantonale de collaboration dans le domaine sanitaire. Ce bureau, renommé ultérieurement Association Vaud-Genève a présenté pas moins de 23 projets communs relatifs aux activités hospitalo-universitaires. Parmi les différentes collaborations entre Vaud et Genève²⁷, on retiendra l'unité de paraplégie spécialisée dans les soins aigus (Genève), le Centre Romand des Grands Brûlés (Vaud) et la répartition de la transplantation de la moelle osseuse (Hospices cantonaux, CHUV, HUG, 2004). Une volonté d'intensification de la collaboration intercantonale a débuté avec l'approbation en 1995 des Conseils d'Etat vaudois et genevois de l'idée de présenter un projet d'ensemble hospitalier commun aux deux cantons. Le projet Réseau hospitalier universitaire de Suisse occidentale (RHUSO) se présente comme un « (...) ensemble hospitalier [qui] concentre les activités médicales hautement spécialisées et offre, de manière décentralisée, des soins de proximité de qualités » (Conseil d'Etat du canton de Genève, 1997, p.25). Le RHUSO est officiellement approuvé par les Parlements vaudois et genevois en 1997, mais un référendum est lancé par l'extrême gauche genevoise,

²⁷ Constitution le 28 janvier 1993 de l'Association pour la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux universitaires.

dans le but de maintenir l'ensemble des prestations de médecine de pointe à Genève. Le référendum est accepté en votation populaire, le 7 juin 1998, mettant ainsi fin au projet RHUSO.

En 1999, la MHS est investie au niveau national par la Conférence suisse des directrices et des directeurs de la santé (CDS) qui crée à cet effet un groupe de travail « Médecine de pointe ».

En 2002, l'Assemblée générale de l'Association Vaud-Genève décide de répartir les transplantations d'organes entre les deux sites universitaires. La répartition entre transplantations cardiaques et hépatiques s'est progressivement mise en place dès novembre 2003. « S'agissant des autres organes (reins, pancréas, poumon), les deux Conseillers d'Etat chargent le Comité de l'Association Vaud-Genève de faire une proposition de répartition (...) tenant compte à la fois des critères de qualité reconnus et de l'équilibre dans l'activité de transplantation entre les deux sites » (Hospices cantonaux, CHUV, HUG, 2004). La répartition soumise prévoit que les transplantations du cœur et du poumon soient effectuées au CHUV, celles du foie-pancréas aux HUG et de reins sur les deux sites. Cette proposition est acceptée en janvier 2004 par les Conseils d'Etat des deux cantons, créant ainsi le réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation.

La même année, la MHS est identifiée à l'art. 48, al. 1 de l'Arrêté fédéral du 3 octobre « concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) » comme un domaine doté d'un potentiel d'optimisation s'il est géré à l'échelon fédéral supérieur.

Le 25 novembre 2004, la Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM), basée sur le rapport final rendu en 2003 par le groupe de travail « Médecine de pointe », est adoptée par la CDS et fait office de référence « légale » au niveau national pour la planification de la MHS. Cette convention prévoit que les cantons cèdent une partie de leurs compétences en matière de planification à la CDS. Les neuf disciplines identifiées comme relevant de la MHS²⁸ sont réparties sur les cinq sites universitaires suisses. Dans les discussions qui sous-tendent la répartition des disciplines, il est admis qu'aucun des hôpitaux universitaires ne pratique l'ensemble des disciplines. Les hôpitaux universitaires de « Bâle, Berne et Lausanne ne se sont portés candidats que dans quatre disciplines sur huit et Genève dans cinq sur huit »²⁹. L'hôpital universitaire de Zurich en propose le plus grand nombre vu que huit des neuf disciplines y sont planifiées.

Toutefois, en 2005, le Conseil d'Etat zurichois refuse de soumettre la CICCM au Grand Conseil zurichois pour ratification. Plus particulièrement, le fait que les transplantations cardiaques échappent à l'hôpital universitaire zurichois est à l'origine de ce refus. La CICCM, nécessitant notamment l'accord des cinq cantons dotés d'hôpitaux universitaires, ne peut alors rentrer en vigueur. S'ensuit une période où la concurrence entre certains hôpitaux universitaires s'accroît. Des rapports d'experts sont commandés par le canton de Zurich et par les cantons de Bâle-Ville et Berne. Ils doivent servir de base argumentaire

²⁸ Neuroradiologie interventionnelle; Transplantation de cellules souches hématopoïétiques; Chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle pédiatriques; Parties de l'ophtalmologie; Chirurgie de l'hypophyse; Grandes brûlures; Transplantations d'organes (de donneurs décédés et vivants); Tomographie par émission de positrons (TEP); Protonthérapie.

²⁹ Canton de Bâle-Ville, Canton de Bâle-Campagne, Canton de Berne, Canton de Genève, Canton de Vaud (2005). Prise de position des directions de la santé et de l'éducation des cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Berne, Genève et Vaud concernant la « médecine hautement spécialisée ».

pour élaborer la vision de ces cantons en matière de planification de la médecine hautement spécialisée. L'expertise commandée par les cantons de Bâle-Ville et Berne estime que « la solution optimale consiste à proposer les prestations de médecine hautement spécialisée au sein d'un Réseau Suisse regroupant les cinq hôpitaux universitaires du pays ». Toutefois « (...) comme les cinq partenaires ne sont pas encore prêts pour une solution aussi radicale, les experts proposent de prendre le réseau bilatéral entre Bâle et Berne comme modèle de développement de la médecine de pointe » (Canton de Berne, novembre 2006).

Dans ce contexte concurrentiel, en 2006, les hôpitaux bernois et zurichois annoncent chacun l'ouverture d'un centre de protonthérapie pour le traitement du cancer bien qu'un consensus semble exister sur le fait qu'une seule installation suffise pour la Suisse (Santésuisse, 2006). Comme recommandée par l'expertise mandatée par les cantons de Bâle et Berne, une collaboration sous forme de réseau se met en place. Ainsi, en mai 2006, les cantons de Berne et de Bâle-Ville décident de collaborer dès l'automne 2007 dans le domaine de la chirurgie cardiaque et des neurosciences (neurologie, neurochirurgie et neuroradiologie).

L'année 2007 marque un nouveau départ pour la médecine hautement spécialisée. Malgré les déconvenues liées à l'échec de la CICCUM, les cantons de Genève et Vaud continuent leur collaboration et décident le 8 février de créer un « Centre romand hospitalo-universitaire de neurochirurgie ». La répartition prévoit que les HUG deviennent le site de référence pour la neurologie vasculaire, alors que le CHUV adopte ce rôle pour la neurologie fonctionnelle. Les soins pré- et post-hospitaliers et de proximité sont dispensés sur les deux sites. Historiquement, les deux hôpitaux avaient déjà collaboré dans ce domaine dès 1994 en créant un département Vaud-Genève de neurochirurgie, mais ce dernier avait été dissout avec l'échec du RHUSO (HUG, 2007).

En mai 2007, la CDS reprend les travaux relatifs à la concentration de la MHS après plus d'une année de suspension. Finalement, la seconde révision de la LAMal adoptée en décembre, prévoit un mécanisme de planification hospitalière de la MHS en deux temps. Les cantons ont d'abord la possibilité de conclure un accord entre eux, et en cas de non-réalisation, la compétence décisionnelle revient à la Confédération.

L'année 2008 est marquée au niveau romand par la décision de la concentration de la médecine hyperbare à Genève, évitant ainsi que les deux hôpitaux ne renouvellent simultanément des installations coûteuses. La collaboration entre Berne et Bâle se renforce également avec la mise en place d'un pôle multicentrique de chirurgie cardiaque (Canton de Berne, juin 2008). Au niveau national, sur la base des travaux que la CDS avait entrepris en 2007, une seconde proposition de convention intercantonale est élaborée. La CIMHS se distingue de la précédente CICCUM par différents changements dans l'organigramme décisionnel. En y adhérant, les cantons perdent une part de leur souveraineté, mais « en contrepartie, la planification commune permet une prise en charge efficace et de grande qualité de la population suisse pour les prestations suisse de MHS dont la réalisation exige des capacités spécifiques en termes de personnel et d'infrastructures » (CDS, 2008, p.6).

Entrée en vigueur le 1er janvier 2009, la nouvelle CIMHS est mise à l'épreuve dès l'année suivante. En effet, en mai 2010, les dix ministres cantonaux de la santé ne parviennent à trouver un accord que sur la seule protonthérapie, qui sera concentrée à l'Institut Paul-Scherrer (Argovie), alors que la question des greffes de cœur n'est pas résolue et que les hôpitaux universitaires de Berne, Zurich et Lausanne continueront de les pratiquer.

Les cantons ont jusqu'au 31 décembre 2014 pour parler d'une même voix, sans quoi, comme le prévoit la seconde révision de la LAMaI, il reviendra au Conseil fédéral d'élaborer la planification hospitalière pour la médecine hautement spécialisée.

11.3. De quelques constats

Ces quelques principales étapes historiques et réalisations ponctuelles et partielles, donc non exhaustives, en matière de développement de la médecine hautement spécialisée font apparaître différentes problématiques. Comme énoncé, les premiers projets de planification intercantonale dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (RHUSO, CICCM) n'ont pu être concrétisés. Ces projets, particulièrement le RHUSO qui unissait les cantons de Vaud et Genève, faisaient rétrospectivement figure d'avancées particulièrement audacieuses. Par contre, en l'absence d'exigences légales et/ou d'incitatifs économiques clairement énoncés, ils n'ont pas obtenu un soutien suffisamment important pour stimuler de véritables changements.

Du domaine hospitalier historiquement et systématiquement planifié à l'intérieur des frontières cantonales, le RHUSO prévoyait en 1998 une fusion des deux hôpitaux universitaires lémaniques. De même, en 2004, la CICCM impliquait une perte de souveraineté cantonale, les cantons ne pouvant choisir unilatéralement les disciplines qu'ils souhaitaient pratiquer. Le projet du RHUSO avait passé l'étape des Grands Conseils des deux cantons avant d'être soumis au référendum, puis à un refus populaire, en 1998. La CICCM fut ratifiée par de nombreux cantons, mais lorsqu'en 2005, le Conseil d'Etat zurichois refusa de porter la CICCM pour la ratification auprès du Grand Conseil, l'entier de la procédure fut annihilé.

Bien que ces deux démarches se situent à plusieurs années d'intervalle, une constante émerge : l'idée même de répartition des disciplines, s'opposant au maintien de l'intégralité des disciplines sur le territoire cantonal, cristallise dans les deux cas les oppositions. Ainsi, l'attachement à la proximité géographique va bien au-delà des questions techniques. La question de la perte d'une partie de la souveraineté cantonale en matière de planification hospitalière ne doit toutefois pas être occultée dans ces refus. Les conséquences de ces deux refus ne sont pas des moindres. Les projets étant construits d'une manière non-incrémentale, leur refus entraîne la fin définitive des projets. La collaboration cantonale doit donc repartir de zéro. Le cas du RHUSO s'illustre non seulement par l'abandon du projet RHUSO, mais par la fin de certaines collaborations, tel que le département Vaud-Genève de neurochirurgie, dissout suite à l'échec du RHUSO.

En l'absence d'une répartition concertée des disciplines sur le plan national, la planification de la médecine hautement spécialisée reste une prérogative cantonale. Chaque pôle cherche alors à se développer au détriment des autres, selon un mode concurrentiel. Cette situation va à l'encontre des notions d'économicité, de masse critique, donc d'efficacité et de qualité. L'ouverture de deux centres de protonthérapie pour le traitement du cancer, alors qu'un consensus semble exister sur le fait qu'un seul centre suffit pour l'ensemble de la Suisse (santésuisse, 2006) est emblématique.

Pourtant, devant la difficulté d'aboutir à un accord national, certains cantons dotés de disciplines relevant de la médecine hautement spécialisée saisissent l'opportunité de collaborer entre eux de manière bilatérale pour mieux se positionner sur le « marché » helvétique. Deux axes de collaboration sont identifiables : l'un en terre romande, regroupant les cantons de Genève et Vaud (Réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation, 2004), l'autre en Suisse alémanique, entre les cantons de

Bâle et Berne (centre de protonthérapie commun en 2006). Ces collaborations ne vont bien évidemment pas aussi loin que les projets précédents, mais marquent une tendance à vouloir aller de l'avant.

Ces collaborations bilatérales doivent également se comprendre comme un moyen pour ces cantons de se positionner dans un domaine certes concurrentiel, mais sur lequel plane le spectre d'une intervention subsidiaire de la Confédération à fin 2014. En effet, la réforme de la LAMal acceptée en 2007 constitue un levier à forte exigence de collaboration. Les axes de collaboration bilatéraux existants – axe lémanique et axe Bâle-Berne – sont renforcés par l'élaboration de nouveaux projets (collaboration dans le domaine de la chirurgie cardiaque et la neuroscience entre Bâle et Berne en 2007 ; « Centre romand hospitalo-universitaire de neurochirurgie » en 2007). Au niveau national, la CIMHS vient « remplacer » la CICCM et entre formellement en vigueur au début de l'année 2009. En intégrant plusieurs changements institutionnels en sa structure, il est attendu que la nouvelle collaboration augmente le niveau de collaboration intercantonale dans le domaine de la médecine de pointe. De cette nouvelle instance, émerge un premier effort de planification de la MHS au niveau national par la création d'un centre unique de protonthérapie pour le traitement du cancer.

Toutefois, cette première réussite ne doit pas occulter l'échec de la CIMHS en ce qui concerne d'autres domaines considérés comme plus prestigieux. La question de la greffe de cœur reste le talon d'achille de la planification de la médecine hautement spécialisée, cette discipline étant à l'origine de l'échec de la CICCM. A cet égard, le tribunal administratif fédéral a rejeté (arrêt c-5301/2010) un recours de l'Hôpital de l'île à Berne contre le maintien des transplantations cardiaques sur les trois sites de Berne, Lausanne et Zurich, revendiquant que ces interventions soient regroupées dans ses murs. Le tribunal a contesté dans son arrêt le droit d'un hôpital de recourir contre une décision de l'Organe de décision de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée. Ainsi, jusqu'en 2013, cette discipline continuera d'être pratiquée dans ces trois centres universitaires, qui se partagent une trentaine de transplantations cardiaques par année.

La planification de la médecine hautement spécialisée fait apparaître à quel point le manque de collaboration conduit à des situations sous-optimales en termes de qualité, d'économicité et d'efficacité. Exemple édifiant, les ressources allouées aux transplantations cardiaques sont à l'heure actuelle réparties sur trois sites, alors que la répartition des disciplines prévue par la CICCM estimait que deux sites en Suisse suffisaient pour répondre au besoin en la matière. La MHS implique un haut degré de technicité et seule une pratique répétée permettra d'atteindre un certain degré de qualité. D'où la nécessité de tendre vers une masse critique optimale s'agissant des cas pris en charge. En répartissant un faible nombre de cas sur trois sites, les forces sont dispersées entraînant une détérioration de la qualité et une utilisation des ressources non optimale.

Alors que l'évolution de la législation fédérale tend à ériger la coordination intercantonale comme pratique de planification hospitalière, rendant celle-ci contraignante pour la médecine hautement spécialisée d'ici à 2015, les faits observés dans ce cadre de quelques pratiques cantonales montrent une réalité nuancée. Depuis le début des travaux de la CDS à ce sujet, les échecs au niveau national prennent le pas sur les réussites bilatérales. Le fait qu'une tentative de planifier la MHS au niveau national ait échoué (CICMM) et que les effets de la seconde (CIMHS) restent particulièrement modestes s'inscrit à l'encontre d'une vision cohérente de la planification sanitaire qui stipulerait un haut degré de collaboration intercantonale.

12. Conclusions

Fédéralisme, libéralisme et démocratie directe marquent d'une empreinte particulièrement forte le développement de l'allocation des ressources du domaine hospitalier. Le découpage cantonal, qui détermine aussi les frontières du cadre de planification, du moins jusqu'en 2012, le statut juridique des hôpitaux et les évolutions de leur forme et organisation institutionnelles, le régionalisme politico-économique et les processus démocratiques locaux, les mécanismes de concurrence ou encore les multiples collaborations intercantionales composent l'ensemble des contraintes qui font de la planification hospitalière l'expression éloquent de l'incroyable complexité de la gouvernance du système suisse de santé.

La législation fédérale relativement floue, de l'introduction de la LAMal, en 1996, à sa révision sur la partie consacrée à la planification hospitalière entrée en vigueur en 2009, accorde une marge de manœuvre conséquente aux cantons. Davantage que sur des objectifs clairement définis et des critères, les planifications hospitalières cantonales se développent ainsi historiquement de manière presque indépendante. Certes, les tendances sont similaires dans tous les cantons. Partout, on observe ainsi des perspectives centrales : réduction des capacités, prise en considération des masses critiques, réorganisations institutionnelles et collaborations intercantionales. Le manque de clarté de la législation fédérale s'explique par le compromis recherché entre les positions divergentes des acteurs politiques. Entre les attentes fondées sur la concurrence entre établissements hospitaliers et la volonté de régulation par les cantons, qui financent largement ce secteur (investissements et exploitation), cela sans critères explicites d'efficacité ou d'efficience, une voie médiane s'impose, pragmatique, mais soumise aux contingences de la démocratie locale et des politiques régionales et économiques.

Avec la nouvelle législation, le Conseil fédéral précise un certain nombre de critères dans l'ordonnance d'application (art. 58b, OAMal), réduisant quelque peu la plage d'interprétation des cantons. Données statistiques, comparaisons, caractère économique, efficience, qualité ou accès des patients, par exemple, constituent des références. Celles-ci ne sont cependant pas traduites en normes quantitatives. Dès lors, l'absence d'accord entre les acteurs principaux concernés (hôpitaux publics, cliniques privées et autorités sanitaires) débouche sur des procédures judiciaires. Elles sont souvent le fait de cliniques privées, lesquelles revendiquent leur place dans le paysage hospitalier « social » et une reconnaissance par la planification, qui ouvre le droit à bénéficier, d'une part, du remboursement des prestations par l'assurance-maladie sociale et, d'autre part, de la participation financière du canton, qui couvre aussi les investissements. Cette double dimension explique l'intensité du lobbysme des cliniques privées, dans les cantons et au niveau fédéral, de même que leur recours aux tribunaux lorsque les décisions cantonales sont négatives. La défense de leurs intérêts économiques est ainsi confrontée à celle de la régulation de l'offre hospitalière.

Les Tribunaux (cantonaux et fédéral) deviennent dès lors des acteurs incontournables dans la définition de l'allocation des ressources hospitalières. Ils ont alors pour mission de concrétiser l'intérêt public prépondérant contre les intérêts strictement particuliers, notamment financiers. De facto, il en résulte une forme de partage décisionnel en matière de planification hospitalière, une co-responsabilité émergeant entre autorités politiques, sanitaires et judiciaires.

Conditions de succès

Les bases légales fédérales et cantonales et la répartition des compétences en matière de planification expliquent la complexité et les difficultés de gouvernance du domaine hospitalier. Au-delà des bases légales, un projet de planification hospitalière peut être porté soit par une volonté unanime de tous les partenaires et acteurs concernés, soit par un partenaire dont l'influence ou le poids permet d'imposer une vision. Le corps médical – spécialistes et monde infirmier, le politique – Gouvernement et Parlement –, les régions et la population sont les principaux acteurs dont il faut s'assurer le concours pour mener à bien de tels processus. L'adhésion des partenaires est ainsi une sorte de prérequis au bon déroulement du processus. Par exemple, la question de la gestion des conséquences des réformes sur la situation du personnel est particulièrement représentative des blocages susceptibles de découler d'incertitudes trop grandes. D'autres illustrations d'échecs par non-adhésion d'un ou des partenaires existent. En Valais, lorsque les communes étaient propriétaires des hôpitaux, il était difficile de mettre en œuvre la planification hospitalière. Il a donc été nécessaire de revoir le statut juridique des hôpitaux et le pouvoir de quasi blocage des communes.

A contrario, l'adhésion des partenaires à un projet est gage de succès. Dans le cas de l'Hôpital intercantonal de la Broye, le district de la Broye fribourgeoise n'était initialement pas particulièrement enthousiaste à l'idée de restructuration hospitalière intercantonale. Une fois les partenaires associés et s'étant appropriés le projet, c'est même avec une certaine fierté d'innovation que le soutien se manifeste.

Pour faciliter l'adhésion des partenaires une bonne communication est impérative. Nos interlocuteurs ont ainsi relevé l'importance, avant de s'intéresser au cœur des décisions de la planification (« Que faut-il planifier ? »), d'informer d'abord la population sur la nécessité de planifier (« Pourquoi faut-il planifier ? »), notamment en raison d'exigences extérieures à la politique cantonale. Ainsi, dans le canton de Fribourg, par exemple, les pressions découlant de l'acceptation de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal et d'un recours émanant des assureurs-maladie ont fait office de levier utilisé par les autorités. Il s'agit ensuite de communiquer sur le projet même de planification, afin que tous les partenaires comprennent le sens de l'action, ses motivations, ses moyens, processus et agenda. Cette communication se doit d'être dûment documentée. Relevons que la seule documentation scientifique ne saurait être suffisante, la seule optique technique et scientifique n'assurant pas forcément l'adhésion des partenaires sceptiques ou opposés au projet. Il convient également de saisir et d'intégrer les enjeux de nature plus émotionnelle. En outre, la communication doit traiter de la couverture des besoins de la population de manière cohérente, c'est-à-dire en se préoccupant des attentes au sujet par exemple de la question des urgences et de la garde médicale, deux éléments sensibles. Ainsi, la quête d'adhésion des partenaires à un projet de planification hospitalière doit faire l'objet d'un intense travail d'échange de la part des instances portant le projet.

Et puis, en regard du niveau exécutif, la recherche du consensus au sein du Gouvernement pour un projet de planification hospitalière peut amener le Conseiller d'Etat en charge du dossier à devoir lâcher du lest sur d'autres dossiers. Enfin, de toute évidence, un courage politique certain semble de mise pour faire aboutir de tels projets à long terme. A cet égard, l'analyse rigoureuse des développements historiques des planifications hospitalières montre qu'un mythe prévaut, qui ne résiste pourtant pas à la confrontation aux faits : celui de la non-réélection du ou de la Ministre portant la responsabilité des planifications hospitalières. En effet, quand bien même cela n'est pas au cœur de l'analyse, dans les cantons étudiés, les processus de planification n'ont pas provoqué la non-réélection

d'un.e Ministre de tutelle, bien au contraire ! Ou, si des non-réélections sont intervenues, la planification hospitalière n'en était certainement pas la cause principale, encore moins exclusive.

La cohérence, aspiration illusoire ?

Le champ de la planification hospitalière est vaste et complexe. Il comporte évidemment une dimension médicale, mais sa particularité fait qu'il s'avère indissociable de son contexte politique, culturel, géographique, économique, environnemental qui l'influence tout autant que les seules références sanitaires, médicales et techniques qui sous-tendent l'élaboration d'une planification hospitalière. Il s'inscrit par ailleurs dans la durée. Sa perspective relève du long terme. Comme instrument de régulation, aspirant à la maîtrise des coûts, à l'amélioration de la qualité des soins, donc au meilleur rapport coût / efficacité, la planification est une pièce maîtresse de la gouvernance du système de santé. Pourtant, nonobstant son importance, elle demeure une construction ponctuelle, élaborée à un moment donné, dans une situation particulière, au gré des contingences régionales, des rapports de force, des attentes de la population. Sa méthode d'élaboration est plurielle, ses fondements légaux sont fragiles, car trop généraux et axés sur des seuls principes, qui restent muets quant aux objectifs visés et au contenu opérationnel.

Ainsi, concrètement, l'étude des planifications cantonale exprime la diversité des processus menés depuis un demi-siècle dans les cantons. La dimension fédéraliste prédominante par des compétences cantonales exclusives exacerbe les spécificités et s'opposent quasiment à une vision globale, aspirant à garantir une certaine forme de cohérence sur l'ensemble du territoire. C'est ainsi bien avant que la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal ne légitime la pratique de la planification hospitalière que les cantons ont entrepris des démarches de régulation du domaine, au gré des impulsions, projets et visions des responsables politiques ou des autorités de la santé. Par conséquent, les surcapacités hospitalières résultant de la construction des ensembles hospitaliers communaux, régionaux ou cantonaux ne peuvent être isolées du développement historique qui caractérise chaque canton. Dès lors, en 1996, au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal, l'état des lieux hospitalier rend compte d'une très grande diversité des situations. L'analyse de la cohérence, à partir de la règle de principe d'une planification imposée par la LAMal, découle de situations initiales d'une très grande diversité. On ne peut donc parler de cohérence, ni entre les pratiques cantonales, ni au sein des démarches intracantonales, ni entre les processus cantonaux et la référence LAMal.

La cohérence suppose des références, des objectifs, des moyens, des processus, des indicateurs d'évaluation. En matière de planification, au-delà des principes généraux énoncés dans les lois cantonales ou la LAMal, rien ne contribuait, jusqu'en 2012, à permettre une planification coordonnée, voire harmonisée du domaine hospitalier, qu'il s'agisse des soins somatiques aigus ou de la médecine hautement spécialisée. La comparaison montre les situations atteintes par les uns et les autres ; elle constitue une sorte de perspective. En aucun cas elle ne peut servir d'indicateur de cohérence. A l'avenir cependant, les éléments et critères précisés dans l'ordonnance en vigueur dès 2012 contribueront par contre, au niveau des principes, à cerner avec davantage de rigueur et de précision les modalités de planification. Il s'agit d'un progrès évident.

Cela s'explique également par le fait particulier que les processus de planification hospitalière comportent une très forte influence politique directe et renvoient non seulement à la politique sanitaire, dépendant d'autres enjeux et de rapports de force en contradiction parfois avec la rigueur et les contingences strictement médicales ou de santé publique qui devraient sous-tendre leur élaboration.

Il en est ainsi des acteurs multiples qui ont joué un rôle déterminant dans le développement des différentes planifications analysées. Autorités politiques, publiques et administratives, régions, associations professionnelles (médecins, personnel soignant, hôpitaux, EMS, Spitex) ou syndicales, assureurs, cliniques privées, experts et citoyens sont autant d'acteurs qui, défendant des intérêts contradictoires, exercent une influence parfois déterminante dans le sens donné aux planifications.

Dans cet environnement marqué par les aléas de la démocratie cantonale, les planifications résultent davantage de rapports de force que de constructions rigoureuses et en quête de cohérence. Cette marge de manœuvre populaire et démocratique investit un champ complexe, aux bases légales, règles d'application et objectifs politiques généraux, fondés sur aucune norme quantitative, ni échéancier. Les finalités d'économicité, d'efficacité, de qualité et de comparaison énoncées dans la LAMal ne restent donc souvent que des intentions, certes louables, mais qui manquent totalement de force en l'absence de règles contraignantes pouvant, d'une part, soutenir les démarches entreprises par les cantons et, d'autre part, donner une ligne générale cohérente et un sens à de véritables planifications hospitalières cantonales coordonnées, voire intercantionales, qu'il s'agisse des soins somatiques aigus ou de la médecine hautement spécialisée.

Ethique

Si la dimension éthique est indissociable du processus allocatif, son objectivation est particulièrement complexe, notamment par le fait qu'il n'y a ni « standard éthique » commun pour fonder une décision, ni critères communs d'évaluation de celle-ci. Cela s'avère particulièrement vrai dans le domaine de la planification hospitalière, où la dimension éthique est difficile à intégrer. Pourtant, Rochon (2006) considère que la répartition des services de santé est une composante de la dimension éthique de l'allocation des ressources. C'est la raison pour laquelle il importe de la cerner ou, pour le moins, de tenter de l'appréhender.

Les critères de planification, donc d'allocation des ressources, sont d'abord d'ordre médical (masse critique, qualité). En réalité, ils comportent également d'autres dimensions, qui influencent directement les processus de décision : économique, régionale ou géographique, politique. Davantage que la dimension éthique, ce sont ainsi des modalités de gouvernance qui s'imposent. En regard de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, identifions quelques points d'accroche.

Au rang des principes qui caractérisent la notion générale d'éthique, celui d'égalité de traitement sous-tend le débat sur la planification hospitalière. Il intervient notamment dans la répartition régionale de l'offre de prestations (établissements, disciplines) ou dans la relation entre les hôpitaux publics et cliniques privées dans l'élaboration de la liste des établissements reconnus et bénéficiant du remboursement par l'assurance obligatoire des soins. Le principe d'équité du financement se pose aussi. Il en va dans ce domaine de la contribution des cantons, notamment en faveur des cliniques privées. Enfin, le principe de liberté individuelle renvoie à la notion de choix du lieu d'hospitalisation. Au niveau intracantonal, chaque processus de planification réduit à la fois le nombre de lits et de sites hospitaliers. La concentration des disciplines restreint dès lors pour le patient l'offre hospitalière régionale, limitant d'autant la capacité de ce dernier de choisir son lieu d'hospitalisation. Au niveau intercantonal, jusqu'en 2012, la LAMal n'autorise le financement des hospitalisations hors-canton qu'à partir du moment où l'intervention ne peut se faire dans le canton de domicile de l'assuré. Les assurances complémentaires, pour les assurés qui en disposent, atténuent cette contrainte. Dès 2012, le libre-choix de l'hôpital existe,

mais dans la mesure où le canton de domicile assume sa part des coûts à hauteur du tarif en vigueur dans le canton.

En matière de planification, ces éléments confèrent à la question éthique une dimension de portée générale. Parce qu'elle se rapporte d'abord à des infrastructures, par leur quantité et leur répartition géographique, et non pas à des prestations directement allouées aux personnes, assurés (en matière de réduction des primes) ou patients (financement des soins), la dimension éthique semble d'abord renvoyer à la notion d'égalité de traitement de la population envers l'offre de prestations, qu'il s'agisse d'hôpitaux de soins somatiques aigus ou de médecine hautement spécialisée.

Des modèles prospectifs

L'entrée en vigueur de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie pour la partie consacrée au financement hospitalier, le 1er janvier 2012, impose une nouvelle approche, plus contraignante, de la planification hospitalière par les cantons. L'évolution historique des planifications cantonales a montré la pluralité des modalités de planification, plus particulièrement, des critères retenus pour définir l'offre hospitalière. Les exigences de planification valables dès 2012 sont ainsi une réelle opportunité de procéder au rapprochement, voire à l'uniformisation, des approches. Dans ce sens, depuis 2004, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a développé une méthodologie de planification hospitalière liée aux prestations. Etant donné que les cantons – cela apparaît clairement dans l'analyse – n'ont quasiment pas établi de planification fondée strictement sur la notion de prestations, la démarche est originale et prospective. La CDS (2011) recommande donc, début 2011, aux cantons la mise en œuvre, dès 2012, d'une planification liée aux prestations selon une méthode uniforme élaborée par le Département de la santé du canton de Zurich (« modèle » de Zurich).

Le concept de groupes de prestations, qui sous-tend la méthode, rassemble les prestations médicales, les codes diagnostics et les codes des opérations dans des groupes de prestations médicalement et économiquement pertinents. 20 groupes de prestations sont imputés aux soins de base, 125 aux spécialités. Le concept intègre les éléments suivants, qui le composent : exigences et disponibilités pour les médecins spécialistes ; services d'urgences ; unités de soins intensifs ; prestations à coordonner (y compris obligation de coopérer) ; réalisation de *tumorboards* ; nombre de cas minimum ; conseils (nutritionnels, aux diabétiques).

Pour la CDS, un tel concept comporte indéniablement l'avantage de fonder les décisions d'abord sur des critères d'ordre médical et de poser les jalons d'une coordination des planifications hospitalières cantonales. Actuellement, 15 cantons fondent leur planification sur le modèle zurichois.

L'approche développée par l'Observatoire de la santé Obsan (Weaver, Cerboni, Oettli, Andenmatten & Widmer, 2009) renvoie à l'analyse des besoins en prestations, ceux-ci contribuant à la définition des infrastructures hospitalières. La méthode tient compte de l'introduction de la tarification par forfaits (DRG), du raccourcissement prévisible des durées de séjour et des flux de patientes entre les cantons caractérisant la révision LAMal entrant en vigueur en 2012. Le modèle permet ainsi de projeter l'évolution future du nombre de cas et de journées d'hospitalisation par DRG. L'estimation peut se faire pour un canton ou un groupe de cantons. De plus, divers scénarios d'évolution des durées de séjour et de changements démographiques sont pris en considération, de même que des particularités ou besoins spécifiques des cantons. Pour les auteurs (Weaver et al., p.), « une des contributions principales de ce modèle est de proposer divers scénarios du rapprochement des durées de séjour vers les plus courtes

de Suisse. Ainsi, il est possible de déterminer les besoins hospitaliers futurs sous l'hypothèse que les hôpitaux du canton considéré seront, dans un délai donné et pour un DRG donné, aussi efficaces – en termes de durée de séjour – que l'hôpital suisse actuellement le plus performant ou le second le plus performant. Le gain d'efficacité possible est choisi par benchmarking, en sélectionnant les durées de séjour les plus courtes de Suisse comme référence possible pour les établissements du canton sur lequel porte l'analyse. Proposer des réductions de durée de séjour permet non seulement de prendre en compte l'un des effets attendus de l'introduction des Swiss DRG, mais également de considérer de possibles progrès médico-techniques ». Les cantons de Berne, Fribourg et Vaud s'inspirent de cette méthode pour réaliser leurs planifications.

Les exigences de planification hospitalière prévalant dès 2012 et l'instauration des « modèles » de Zurich ou de l'Obsan constituent de toute évidence une étape importante dans la manière de définir l'allocation des ressources hospitalières en Suisse. Alors que le législateur fédéral n'a pas été en mesure de clarifier dans la LAMal sa volonté de renforcer la cohérence des planifications hospitalières cantonales, la Confédération ne voulant pas édicter de critères quantitatifs et temporels de référence, les cantons ont franchi un premier pas de coordination des pratiques avec l'adoption par la CDS du concept de planification liée aux prestations. Venant d'« en-bas », cet accord méthodologique, par ailleurs repris par plus de la moitié des cantons, exprime un changement d'attitude certain. Certes, les décisions de planification hospitalière demeurent du ressort strict des cantons et, en fin de compte lorsqu'il y a contestation, des tribunaux. Néanmoins, ce premier pas d'uniformisation n'est pas à sous-estimer. Dans l'histoire du fédéralisme sanitaire, l'étape est déterminante. Elle démontre, d'une part, la faiblesse de la gouvernance de la politique sanitaire suisse au niveau national et, d'autre part, illustre la volonté des cantons d'asseoir leurs décisions sur des instruments reconnus. Le dynamisme d'un canton fort, Zurich en l'occurrence, a permis l'émergence d'un outil susceptible de soutenir tous les cantons dans leurs décisions sensibles de planification hospitalière.

Références bibliographiques

Législation fédérale (messages, lois, initiatives, motions, postulats)

Conseil fédéral (1991). *Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie* - FF 1992 I 77

Conseil fédéral (2001). *Message concernant la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 14 novembre 2001* – 01.074

Conseil fédéral (2004). *Message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie* - 04.061

Législations cantonales/messages/pétitions

Fribourg :

Loi du 27 juin 2006 sur le Réseau hospitalier fribourgeois (LRHF) - ROF 2006 60

Loi du 5 octobre 2006 sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM) - 822.2.1

Vaud :

Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) – 810.01

Valais :

Décret du 15 novembre 1989 sur le subventionnement des hôpitaux.

Loi cantonale du 17 novembre 1988 sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissement et d'exploitation des établissements sanitaires publics.

Loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) du 12 octobre 2006.

Association des Maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs (2001). *Pétition pour la sauvegarde d'un hôpital de soins aigus à Porrentruy.*

Neuchâtel :

Loi sur l'Établissement hospitalier multisite cantonal (LEHM) du 30 novembre 2004 – 802.4

Genève :

Loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) du 19 septembre 1980 – K 2 05

Jura :

Gouvernement de la République et Canton du Jura (1998). *Plan sanitaire. Message du Gouvernement au Parlement.* Canton du Jura.

Gouvernement de la République et Canton du Jura (2001). *Hôpital multisite du Jura, Message du gouvernement au Parlement.* Canton du Jura.

Gouvernement de la République et Canton du Jura (2002). *Hôpital du Jura, Message complémentaire du Gouvernement au Parlement concernant le plan hospitalier du 28 mai 2002.* Canton du Jura.

Gouvernement de la République et Canton du Jura (2005). *Message du Gouvernement au Parlement concernant la planification hospitalière cantonale et interjurassienne*. Canton du Jura.

Gouvernement de la République et Canton du Jura (2008). *Message du Gouvernement au Parlement de la République et canton du Jura concernant une modification du Plan Hospitalier*. Canton du Jura.

Ouvrages

Donzé Pierre (2003). *Bâtir, gérer, soigner : histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*. Genève : Georg

Gilliand Pierre (1969). *Viellissement démographique et planification hospitalière. Etude fondée sur les données de la Suisse et du Canton de Vaud*. Lausanne : Service de la santé publique, Canton de Vaud.

Lüthi Ruth (2002). La planification hospitalière du canton de Fribourg. In Knüsel René (Ed.), *Le social, passionnément. Hommages à Pierre Gilliand*. Lausanne : Ed. Réalités sociales.

Rossini Stéphane, Legrand-Germanier Valérie (2010). *Le système de santé. Politique, assurances, médecine, soins et prévention*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.

Vouilloz Burnier Marie-France & Barras Vincent (2004). *De l'hospice au réseau santé: santé publique et systèmes hospitaliers valaisans XIX^e-XX^e siècles*. Sierre : Editions Monographic.

Articles/revues

Buss Pierre-Emmanuel (2010). Neuchâtel se contentera d'un seul hôpital de soins aigus dès 2022. *Genève : Le Temps*.

Danesi Marco (2011). Les cliniques privées imposent leur loi. *Genève : Le Temps*.

Dusong Monika (1999). Planification sanitaire : une absolue nécessité. *Société neuchâteloise de médecine (SNM) news, 21*.

Rochon J. (2006), Enjeux éthiques et décisions politiques, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. Montréal, 11(1).

Rodriguez Michael (2011). La concurrence comme remède à la concurrence. *Genève : Le Courrier*.

Vuistiner Pascal (2009). Nous devrions fermer près de 200 hôpitaux en Suisse. *Genève : Bilan*.

Rapports/Etudes/Thèses/Mémoire/Autres documents

Assemblée interjurassienne (2002). *Rapport du groupe de travail de la Résolution n°57 à l'Assemblée interjurassienne : Politique hospitalière*. Canton du Jura.

Bolgiani Iva (2000). *L'application de la nouvelle gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier : une approche comparative*. Genève : Sciences économiques et sociales.

Canton de Vaud (1997). *Rapport NOPS : Nouvelles orientations de la politique sanitaire*. Canton de Vaud.

CHUV (2008). *Plan stratégique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois 2009-2013*

Commission de planification hospitalière du canton de Fribourg (1997). *Rapport final à l'intention du Conseil d'Etat du canton de Fribourg*. Canton de Fribourg.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2011). *Instruments pour la mise en œuvre de la planification hospitalière 2012*. Document de travail (janvier 2011) et décision du comité directeur (31.1.2011). Berne : CDS

Conseil d'Etat du canton de Fribourg (1989). *Médiplan 89 – organisation du réseau hospitalier*. Canton de Fribourg.

Conseil d'Etat du canton de Genève (1997). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001)*. Canton de Genève.

Conseil d'Etat du canton de Genève (2003). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010*. Canton de Genève.

Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel (1999). *Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification sanitaire*. Canton de Neuchâtel.

Conseil d'Etat du canton de Vaud (1999). *Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation de Pierre Rochat sur le suivi des NOPS*. Canton de Vaud.

Conseil d'Etat du canton de Vaud (2004). *Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012*. Canton de Vaud.

Conseil d'Etat du canton de Vaud (2008). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire*. Canton de Vaud.

Département de l'action sociale et de la santé (2004). *Rapport sur l'activité du DASS*. Canton de Genève.

Département de la santé publique du Canton du Valais (1996). *Concept hospitalier valaisan*. Canton du Valais.

Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie (2000). *Lignes directrices de la planification hospitalière et sanitaire*. Canton du Valais.

De Wolff François (2002). *Planification hospitalière, vision + actions, essai de modélisation pour la Suisse*. Lausanne : Faculté des HEC et de médecine de l'Université de Lausanne.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (1994). *Rapport « Le système des soins généraux et de longue durée »*. Canton de Berne.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du Canton de Berne (2010). *Rapport de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du Canton de Berne (SAP) au Conseil-exécutif concernant l'Arrêté du Conseil-exécutif relatif à la liste des hôpitaux valable à partir du 1^{er} janvier 2010*. Canton de Berne.

Emmenegger Louis (1991). *Rapport de synthèse du chargé de mission de la planification hospitalière et sanitaire*. Genève : Département de la prévoyance sociale et de la santé publique.

Ettelt Stefanie, Nolte Ellen, Thomson Sarah, Mays Nicholas & the International Healthcare Comparisons Network (2008). *Capacity planning in health care : a review of the international expérience*. Bruxelles : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Fédération des médecins suisse (2010). *La position de la FMH. La médecine de pointe*. Berne : FMH.

Gilliand Pierre (1969). *Viellissement démographique et planification hospitalière. Etude fondée sur les données de la Suisse et du Canton de Vaud*. Lausanne : Service de santé publique.

Gilliand Pierre (1996). *Le rapport Gilliand sur le système de santé genevois*. Genève : Direction de la santé publique.

Hôpital neuchâtelois (2008). *Réorganisation des activités médicales entre les sites de soins aigus somatiques. Rapport d'étude*. Neuchâtel : Hôpital neuchâtelois.

Hôpital neuchâtelois (2010). *Faits et gestes. Rapport de gestion 2009*. Neuchâtel : Hôpital neuchâtelois.

Hôpital neuchâtelois (2011). *Plan stratégique du 31 octobre 2011. Rapport au Conseil d'Etat de la République et canton de Neuchâtel*. Neuchâtel : Hôpital neuchâtelois.

Montavon Michel (2007). *Réseaux hospitaliers dans le canton de Vaud et des cantons limitrophes*. Vaud : Service de santé publique du canton de Vaud.

Observatoire valaisan de la santé (2009). *Informations contextuelles. Hôpitaux*. Sion.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2010). *Fiche sur la planification des soins 2011-2014. Soins aigus somatiques et réadaptation*. Berne : Office des hôpitaux.

Office fédéral de la statistique (1997). *Statistique des établissements de santé (soins intra-muros), Statistique des hôpitaux. Conception détaillée 1997*. Neuchâtel : OFS.

Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (2010). *Décision concernant la planification du domaine de médecine hautement spécialisée (MHS) des brûlures graves du 28 mai 2010*

Rotenbühler Martin (1999). *Evaluation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux selon l'article 39 LAMal*. Rapport au secrétariat central de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS).

Rüefli Christian, Anderegg Céline & Boggio Yann (2005). *Wirkungsanalyse der Kantonalen Spitalplanungen. Forschungsprogramm KVG II*. Berne : Büro Vatter.

Santésuisse (2006). *Médecine de pointe. Papier de positionnement*. Soleure : Santésuisse

Service de la santé publique du canton du Jura (1988). *Le Plan hospitalier*. Canton du Jura.

Service de la santé publique du canton de Neuchâtel (1997). *Eléments de base pour la planification sanitaire cantonale*. Canton de Neuchâtel.

Service de la santé publique du canton de Fribourg (2008). *Planification hospitalière du canton de Fribourg 2008*. Canton de Fribourg.

Weaver France, Cerboni Sacha, Oettli Alexandre, Andenmatten Patrick & Widmer Marcel (2009). *Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Communiqués de presse, médias

Communiqué de presse du canton de Berne (1999, juin). *Hôpitaux publics de soins aigus : Le Conseil-exécutif adoptera une liste réduite cet automne*.

Communiqué de presse du canton de Berne (1999, septembre). *Audition sur le projet de liste des hôpitaux valable dès l'an 2000.*

Communiqué de presse du canton de Berne (1999, novembre). *Entrée en vigueur de la nouvelle liste des hôpitaux le 1^{er} janvier 2000.*

Communiqué de presse du canton de Berne (2002, septembre). *Mise en consultation du projet de loi sur les soins hospitaliers : Soins hospitaliers de qualité et organisation optimale du sauvetage.*

Communiqué de presse du canton de Berne (2006, novembre). *Présentation d'une expertise sur l'organisation future de la médecine de pointe en Suisse.*

Communiqué de presse du canton de Berne (2007, mars). *Futures prestations hospitalières et préhospitalières dans le canton de Berne : Echo positif pour les grandes lignes de la planification des soins.*

Communiqué de presse du canton de Berne (2007, juillet). *Préparer les hôpitaux bernois aux enjeux de demain.*

Communiqué de presse du canton de Berne (2008, juin). *Cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Berne : Alliance stratégique Bâle-Berne en médecine : nouvelle phase.*

Communiqué de presse du canton de Berne (2009, décembre). *Liste des hôpitaux 2010 - Nombre de lits fixé pour la première fois de manière contraignante.*

Communiqué de presse du canton de Vaud (2002, septembre). *Organisation hospitalière. L'Hôpital du Lavaux se concentrera sur la réadaptation ».*

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2008). *Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Rapport explicatif.* Berne : CDS

Conseil d'Etat du canton de Fribourg (2006, février). *Liste des hôpitaux. La décision du Conseil fédéral retardera la fixation des mandats de prestations aux cliniques privées ainsi que la mise en œuvre définitive de la planification du Nord-Est du canton.*

Gillet, Claude-Alain, *L'Hôpital fribourgeois veut regrouper tous les soins aigus d'ici à 2022.* La Liberté, 2 mai 2012, p.9. Fribourg.

Hôpital du Jura, Chancellerie d'Etat (2001, septembre). *L'Hôpital du Jura regroupe le service de médecine interne et renforce ses structures.*

Hôpital du Pays-d'Enhaut (2005). *La collaboration hospitalière avec Saanen est rompue.*

Hôpital Riviera Chablais Vaud-Valais (2010, avril). *Lancement du concours pour la construction de l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais.*

Hôpitaux Universitaires de Genève (2007, février). *Création du Centre romand hospitalo-universitaire de neurochirurgie.*

Hospices cantonaux. Centre hospitalier universitaire vaudois. Hôpitaux universitaires genevois (2004, février). *Création du réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation.*

Emissions :

Mayencourt Judith (1997). *Hôpitaux en danger*. Lausanne : L'Hebdo.
Récupéré de http://www.hebdo.ch/hocircpitaux_en_danger_35143_.html

Thomas Zeltner (2009). *LAMal : bon modèle ou à jeter*. Genève : TSR.
Récupéré de <http://www.infrarouge.ch/ir/1662-lamal-modele-jeter/8>

Sources internet /sites internet

Hôpital Neuchâtelois (2011). Chronique HNE.
Récupéré de <http://www.hopital-ne.ch/general.asp/4-0-9210-5517-7-0-1/>

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 2.1 : Compétences cantonales en matière de planification	56
Tableau 2.2 : Principaux indicateurs d'activité hospitalière, par canton	59
Tableau 2.3 : Acteurs de la planification hospitalière et intérêts	94
Tableau 2.4 : Principales interventions du peuple et/ou de ses représentants dans le processus de planification sanitaire	106
Tableau 2.5 : Commissions de planification sanitaire	108
Tableau 2.6 : Date d'entrée en vigueur des réseaux hospitaliers cantonaux	110
Tableau 2.7 : Disciplines MHS selon les centres universitaires	115

Figures

Figure 2.1 : Nombre d'hôpitaux de soins généraux, 1997-2009	61
Figure 2.2 : Nombre de lits hospitaliers, 1997-2009	62
Figure 2.3 : Evolution du nombre de lits hospitaliers avec baisse en points, 1998-2009	62
Figure 2.4 : Nombre de lits pour 1'000 habitants, 1997-2009	63
Figure 2.5 : Nombre de lits hospitaliers pour 1'000 habitants, 1998-2009	64
Figure 2.6 : Evolution en pourcent du nombre de lits hospitaliers privés (hôpitaux de soins généraux + cliniques spécialisées) par rapport au nombre total de lits hospitaliers (1997-2009)	64
Figure 2.7 : Nombre de journées d'hébergement pour 100 journées d'hospitalisation, 1997-2009	65
Figure 2.8 : Nombre de lits médico-sociaux et hospitaliers pour 1000 habitants, 1999	66
Figure 2.9 : Nombre de lits médico-sociaux et hospitaliers pour 1000 habitants, 2004	66
Figure 2.10 : Nombre de lits médico-sociaux et hospitaliers pour 1000 habitants, 2009	67
Figure 2.11 : Taux d'occupation des lits hospitaliers en pourcent, 1997-2009	67
Figure 2.12 : Durée moyenne de séjour en jour dans les hôpitaux, 1997-2009	68
Figure 2.13 : Evolution de l'indice des coûts stationnaires et des soins à domicile, 1997-2008 (1997 =100)	69
Figure 2.14 : Evolution coûts hospitaliers (hors inflation) en lien avec le nombre de lits (1997 = 100)	70

Annexe 1

Entretiens semi-directifs réalisés

Ruth Lüthi : Ancienne Conseillère d'Etat du canton de Fribourg (1991-2006), en charge de la direction de la Santé publique et des affaires sociales

Thomas Burgener : Ancien Conseiller d'Etat du canton du Valais (1999-2007), en charge du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

Nicolas Pétremand : Chef du Service cantonal de la santé publique, canton du Jura

Marc Diserens : Ancien Chef du Service vaudois de santé publique

Yves Martignoni : Responsable de la Section planification et santé publique, canton du Valais

Annamaria Müller Imboden : Cheffe de l'Office des hôpitaux, canton de Berne

Thomas Spuhler : Chef de la Division Planification et surveillance, Office des hôpitaux, canton de Berne

Markus Althaus : Chef de la Division Finances et controlling, Office des hôpitaux, canton de Berne

Annexe 2 : bref regard international

La planification sanitaire et hospitalière ne concerne pas que la Suisse. L'ensemble des pays occidentaux disposant d'un système hospitalier est confronté aux mêmes problématiques que la Suisse.

L'OMS dans un rapport de 2008 a comparé neuf pays « occidentaux » (Canada, Danemark, Royaume-Uni, Finlande, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Nouvelle-Zélande) concernant divers aspects de la problématique de la planification hospitalière. Tout en insistant sur la diversité des approches, les auteurs mettent à jour certains traits communs à ces différents systèmes (Ettelt, Nolte, Thomson & Mays, 2008)

- La responsabilité de développer le cadre financier et organisationnel revient souvent au gouvernement central, alors que la gouvernance du système de santé est partagée entre les autorités centrales et régionales.
- Parmi les pays étudiés, la compétence de planifier le système de soins relève plutôt du niveau régional. Les auteurs soulignent toutefois que les trois niveaux de décision (central – régional – local) ne sont pas clairement définis et peuvent varier d'un contexte à un autre.
- Les autorités régionales en charge de la planification se superposent aux entités administratives locales et régionales, mais il peut aussi s'agir de structures pensées sur mesure pour la planification sanitaire (France et Nouvelle-Zélande).
- En principe, tous les pays utilisent des planifications sanitaires comme outil de pilotage. Ces planifications se subdivisent en planification stratégique, dont se charge le plus haut niveau de gouvernance du système de santé et la planification opérationnelle qui se charge de l'application concrète des planifications stratégiques. Cette mise en œuvre relève du niveau régional, mais peut également impliquer les entités locales.
- Dans tous les pays étudiés, la planification met l'accent sur l'hospitalier. Toutefois, le secteur ambulatoire est également planifié au Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Danemark et Finlande. La planification hospitalière inclut le secteur hospitalier privé au Canada, France, Allemagne et Italie, alors que le Danemark, Royaume-Uni, Finlande et Nouvelle-Zélande ne planifient que le secteur hospitalier public. Enfin la planification hospitalière se définit traditionnellement selon la capacité en lits, mais la France et le Royaume-Uni se sont écartés de ce modèle et utilisent une planification par volume de prestations.

Les différences mises à jour dans de ce rapport peuvent être rapprochées de la situation suisse. D'une part, la question de la répartition des compétences en matière de planification fait, figure d'enjeu important en Suisse, étant donné que cette répartition a lieu entre les niveaux de fédéralisme. D'autre part, nombre de différences entre les pays existant dans l'enjeu de la planification (strictement hospitalière ou sanitaire ; inclusion ou non des établissements privés ; selon le modèle de volume de prestations ou par capacités en lits) se retrouvent dans le cas helvétique.

Chapitre 3

Réduction des primes

1. Principe et application de la réduction des primes

Le système de réduction des primes de l'assurance-maladie en faveur des assurés de condition économique modeste est un des instruments principaux choisis par le législateur pour assurer la solidarité entre les assurés au sein de la LAMal. La pratique des « primes par tête », sans lien à la capacité économique des assurés et des ménages, pénalise fortement les assurés de condition économique modeste, pour lesquels la charge des primes d'assurance-maladie dans le revenu du ménage peut s'avérer proportionnellement élevée. Ainsi, l'objectif social caractérisant le système de réduction des primes tente d'atténuer cette charge. Même si aucun objectif social précis n'a été déterminé, le message du Conseil fédéral relatif à la LAMal mentionne une charge de primes pour les assurés qui ne devrait pas excéder 8% du revenu imposable.

Le financement du système est assumé par les subsides de la Confédération et des cantons. De 1996 à 2007, la Confédération calculait la part attribuée à chaque canton sur la base de sa population résidente et de sa capacité financière. Les cantons devaient participer pour un tiers au financement de la réduction des primes et pouvaient renoncer à une partie des subsides fédéraux pour autant qu'ils atteignent l'objectif de politique sociale visé par le dispositif. Au 1er janvier 2008, avec l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière RPT, la loi sur l'assurance-maladie LAMal a été modifiée pour qu'en matière de réduction des primes, la Confédération assume le quart des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins AOS pour 30% des assurés. Cette participation est calculée, publiée et communiquée aux cantons à l'automne de l'année précédente.

La réduction des primes est régie par la LAMal, aux articles 65 et 66, et précisée par l'ordonnance d'application (OAMal). En vertu du principe fédéraliste, les cantons disposent d'une large marge de manœuvre dans l'exécution de la réduction individuelle des primes. Les différentes législations cantonales d'application de l'assurance-maladie en définissent les modalités. Cette latitude laissée aux cantons génère des disparités de mise en œuvre importantes et sont à la source de véritables enjeux de cohérence et d'éthique.

1.1 Vingt-six systèmes cantonaux

La vue d'ensemble du système de réduction des primes ci-après résume pour chaque canton étudié les éléments suivants : ressources financières, primes moyennes cantonales par assuré, nombre et taux de bénéficiaires, total des subsides par ménage et bénéficiaire.

Tableau 3.1 : Aperçu statistique, année 2009

	Total des subsides versés en 2009 ³⁰ en francs	Primes cantonales moyennes ³¹ par assuré par an en francs en 2009	Ecart en francs avec la prime la plus basse (2'341.-)	Bénéficiaires de la réduction des primes en 2009		Total des subsides par ménage en francs en 2009	Total des subsides par bénéficiaire en francs en 2009	Ecart en francs avec le subside le plus faible par bénéficiaire (Jura)
				Nombre de bénéficiaires par canton	Taux de bénéficiaires par canton			
BE	467'334'057	2'760	419	276'584	28.5%	3'544	1'690	84
FR	130'516'602	2'384	43	67'970	25.0%	3'975	1'920	314
TI	240'853'201	3'114	773	100'636	30.7%	4'146	2'330	724
VD	363'673'339	2'983	642	150'036	21.9%	4'384	2'394	788
VS	159'898'148	2'341	0	93'311	30.0%	2'992	1'714	108
NE	84'492'250	2'927	586	48'109	28.0%	3'964	1'756	150
GE	246'836'391	3'476	1'135	132'069	31.9%	2'695	1'869	263
JU	37'384'500	2'671	330	23'272	33.1%	2'724	1'606	0
CH	3'542'414'087	2'611	270	2'254'890	29.3%	2'881	1'571	-35

Sources : Statistiques de l'assurance obligatoire 2009, tableaux T 3.08, T 4.02, T 4.07, T 4.08

En 2009, les ressources financières totales, contributions cumulées des cantons et de la Confédération, représentent plus de 3'542 millions de francs. De l'entrée en vigueur de la LAMal jusqu'en 2007, les cantons avaient la possibilité de réduire la contribution fédérale à hauteur de 50% au maximum. Depuis 2008 et l'entrée en vigueur de la RPT, la contribution financière des cantons n'est plus liée à celle de la Confédération. Les cantons fixent de manière autonome leur contribution à la réduction des primes de manière à ce que l'objectif social soit atteint. Les ressources financières allouées à la réduction des primes sont un enjeu de cohérence central. Le soulagement des charges des primes de l'assurance maladie sur les ménages étant l'objectif central de ce processus, les ressources mises à disposition devraient être adaptées à l'évolution générale des primes de l'assurance maladie pour que l'objectif puisse être atteint. L'analyse des ressources financières et de leur évolution est donc fondamentale pour apprécier cet élément de cohérence du système.

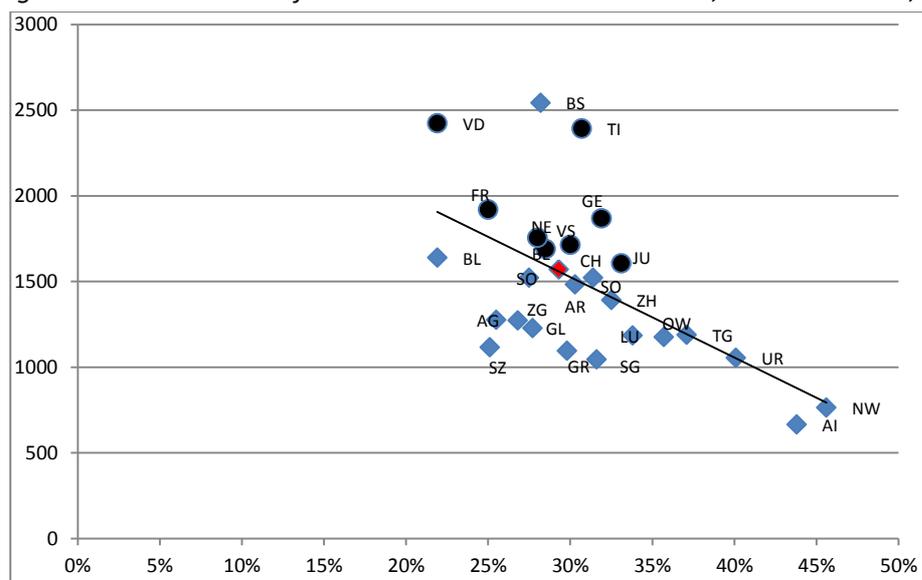
Les primes moyennes cantonales divergent fortement selon les cantons. Un montant de 1'135 francs sépare la prime la plus basse (Valais : 2'341 frs) de la prime la plus élevée (Genève : 3'476 frs). La charge des primes sur les bénéficiaires n'est donc pas équivalente entre les cantons. Les montants moyens de réduction diffèrent également et ne sont pas proportionnels aux montants de la prime moyenne. Ainsi, Genève affiche la prime moyenne la plus élevée, mais ne dispose pas du montant de subsides par ménage et par bénéficiaire le plus élevé des cantons étudiés.

La mise en relation du taux de bénéficiaires au total des subsides par bénéficiaire, en francs et par canton pour 2009, fait clairement apparaître ces disparités.

³⁰ Total des subsides effectivement versés au cours de l'année sous revue au titre de la réduction des primes selon la LAMal. Confédérations et cantons.

³¹ Pour tous les assurés pour tous les modèles d'assurance.

Figure 3.1 : Taux de bénéficiaires et montant de la réduction, cantons suisses, 2009



Sources : Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2009, tableaux T 4.06 et T 4.09

Au niveau du total des subsides par bénéficiaire en francs, tous les cantons de l'étude se situent au-dessus de la moyenne Suisse. Quatre cantons se trouvent également au-dessus de la moyenne suisse concernant le taux de bénéficiaires. Ces résultats reflètent le fait que les cantons sous revue disposent de primes moyennes cantonales parmi les plus élevées de Suisse.

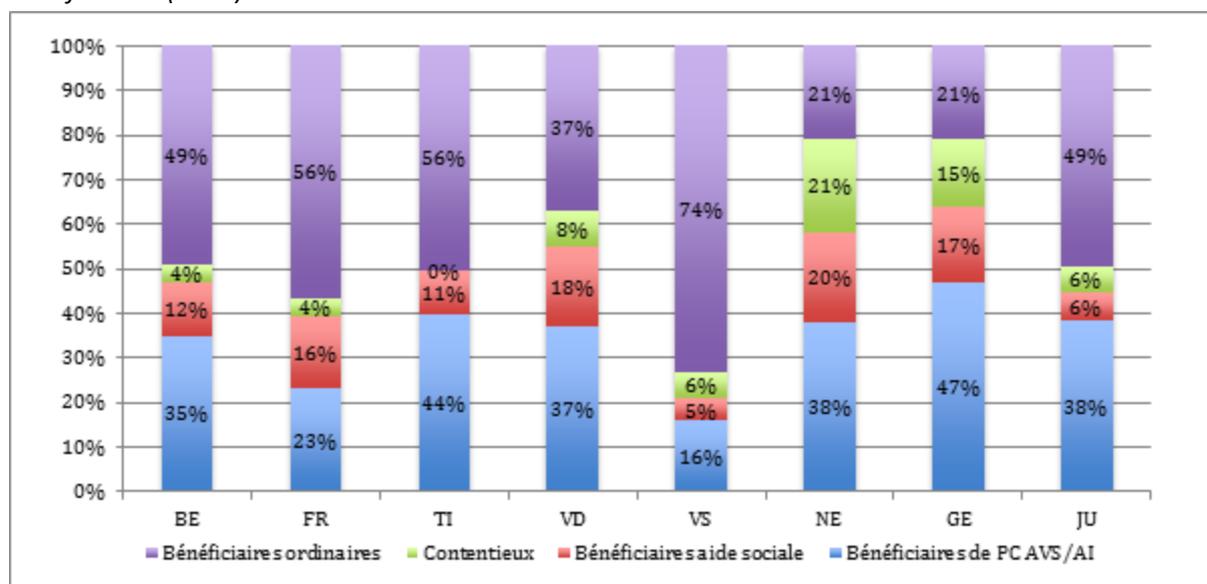
La régression linéaire montre une tendance attendue dans un financement basé sur une enveloppe financière. Lorsque la part des bénéficiaires augmente, le montant moyen de la réduction diminue. Cependant, si les cantons de Berne, Fribourg, Valais et Neuchâtel correspondent à cette tendance, les cantons du Tessin, de Vaud et de Genève s'en distancient. En effet, la détermination du cercle de bénéficiaires de la réduction des primes découle d'un choix politique. Certains cantons choisissent donc de subventionner davantage les assurés les plus « modestes », alors que d'autres soutiennent une plus large partie de leur population, mais avec des montants plus bas.

Un des buts de la recherche consiste dès lors à comprendre ces différences, et notamment les choix politiques sous-tendant la pratique des systèmes cantonaux. Car, la loi fédérale (LAMal) détermine le cadre de la réduction des primes avec des objectifs ouverts et peu précis. Les cantons disposent d'une large autonomie dans la conception du dispositif, l'attribution des objectifs et sa mise en œuvre. Plusieurs modèles se sont développés. Certains cantons ont opté pour des modèles par palier (classes de revenu) avec une réduction définie pour chaque classe, soit en terme de montant déterminé (BE, GE, NE, JU), soit en pourcentage d'une prime moyenne de référence (VS, FR). D'autres cantons ont choisi des modèles combinant un modèle de pourcentages et de paliers (VD, TI). A partir de ces modèles, chaque canton retient un revenu déterminant le droit à la réduction des primes, des limites de revenu (pour les différents paliers) ou des limites maximales et minimales (modèle mixte). Chaque canton détermine aussi l'accès des ayants droits à cette prestation : automatique, notification individuelle ou sur demande.

Enfin, cette prestation ne saurait être appréhendée de façon strictement indépendante. Car, concrètement, dans le système social, d'autres politiques et prestations allouées sous condition de ressources produisent un impact sur la réduction des primes. Ainsi, les bénéficiaires des aides sociales cantonales et des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont en augmentation régulière depuis

1996. Dans la plupart des cantons, ils sont aussi des bénéficiaires intégraux (réduction maximale) de la réduction des primes de l'assurance-maladie. Cette évolution a pour conséquence de restreindre le cercle de bénéficiaires « ordinaires » de la réduction des primes, les moyens financiers n'augmentant pas forcément proportionnellement. De même, la gestion du non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés, régie par l'article 64a LAMal, a entraîné une augmentation de la participation financière des cantons dans les cas de contentieux. Le graphique suivant montre que la répartition des ressources financières entre les différentes catégories d'assurés n'est pas similaire entre les cantons. Il en est de même de la part des subventionnements affectés au contentieux. Au-delà de la cohérence interne de la politique de réduction des primes, la cohérence externe devra être considérée dans l'analyse.

Figure 3.2: Répartition des ressources de réduction des primes, en % par canton et catégorie de bénéficiaires (2008)



Sources : Rapport « Subventionnement des primes d'assurance-maladie dans les cantons du GLAS. Groupement latin des assurances sociales. 2009

Ces éléments offrent un aperçu de la diversité des modèles choisis et des résultats obtenus. L'évaluation de l'efficacité du système de réduction des primes est effectuée par un monitoring entrepris chaque quatre ans depuis 1998 (Balthasar et al., 2007)³², qui permet d'apprécier la réalisation ou non des buts sociopolitiques.

1.2 Monitoring de la réduction des primes

L'analyse de l'efficacité du système de réduction des primes est réalisée par l'institut Interface depuis 1998. Basé sur l'objectif sociopolitique initial du Conseil fédéral (8% du revenu imposable), le monitoring propose notamment de répondre aux deux questions suivantes : la réduction individuelle des primes dans les cantons diminue-t-elle efficacement le niveau des primes de l'assurance-maladie obligatoire ? La part du revenu affectée au paiement des primes correspond-elle, une fois la réduction opérée, aux buts sociopolitiques fixés par le législateur ? Quatre cas types sont considérés (cinq dans le monitoring

³² Le dernier monitoring (année 2010) a été publié en avril 2012 et n'est pas intégré dans l'étude.

2007) pour lesquels un nombre d'enfants (avec précision de l'âge), un revenu annuel et une fortune sont attribués³³. Chaque canton fournit les données utiles pour le calcul de la réduction des primes de ces cas types. L'évaluation est donc partielle. Elle ne prend pas en considération de manière systématique les pratiques des cantons, se limitant à des cas-type.

Les résultats montrent que la pratique permet de réduire efficacement les primes des cas considérés. En 2007, hormis pour la bénéficiaire de rente célibataire (aucune réduction de primes accordée dans aucun canton), la réduction atteint en moyenne 28% pour la famille de la classe moyenne, 24% pour la famille monoparentale, 34% pour la famille nombreuse et 37% pour la famille avec deux enfants dont un jeune adulte en formation. Par contre, concernant la prime effective restant à charge de l'assuré, la moyenne nationale, en 2007, se situe à 8,9% du revenu disponible³⁴. Les évaluateurs estiment que le taux de 8% du revenu imposable (objectif du message du Conseil fédéral) correspond à 6% du revenu disponible. Pour les familles avec enfants, l'objectif n'est atteint que pour quatre cantons : Obwald, Zoug, Appenzell-Rhodes-Extérieures et Appenzell-Rhodes-Intérieures. Parmi les cantons romands, la charge des primes dépasse pour la plupart les 10%. Surtout, les résultats de l'évaluation relèvent d'importantes disparités de traitement entre les cantons pour des ménages de même type. Le tableau ci-dessous, résumant les données principales pour le cas type « famille de la classe moyenne avec deux enfants » pour les cantons choisis dans le cadre de la recherche, illustre ces disparités.

Tableau 3.2 : Famille de la classe moyenne (2 adultes, 2 enfants (3,5 et 5 ans), revenu brut frs 70'000.-)

Famille avec deux enfants 2007	BE	FR	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Revenu net	67265	68945	67817	67745	69665	67745	68225	68921
Prime assurance-maladie	10496	8911	10776	11525	7885	10564	12340	9774
Réduction de primes	2952	2601	1494	1152	2746	1032	3840	1440
Prime effective	7544	6310	9282	10373	5139	9532	8500	8334
Revenu disponible (1) après déduction des impôts	61459	64066	66309	63155	65039	61343	65380	62409
Comparaison rangs des cantons après impôts	7	4	1	5	3	8	2	6
Revenu disponible (2) après déduction des impôts et des primes effectives	53915	57756	57027	52782	59900	51811	56880	54075
Comparaison rangs des cantons après impôts et primes effectives	6	2	3	7	1	8	4	5
Prime effective en % du revenu cantonal imposable	21.1%	14.2%	26.7%	24.1%	9.6%	18.3%	15.8%	16.9%
Prime effective en % du revenu disponible après impôts	12.3%	9.8%	14.0%	16.4%	7.9%	15.5%	13.0%	13.4%

Sources : Balthasar, Bieri & Gysin, 2008.

Soulignons, premièrement, la proportionnalité non systématique entre le montant initial des primes d'assurance-maladie et le montant de la réduction accordée. Dans l'exemple de Berne et de Neuchâtel, alors que le montant des primes est plus ou moins identique (respectivement 10'496 frs et 10'564 frs), le

³³ Monitoring 2007 : une bénéficiaire de rente célibataire (revenu brut 45'000.-), une famille de la classe moyenne (2 adultes, 2 enfants (3.5 et 5 ans), revenu brut 70'000.-), une famille monoparentale (1 adulte, 2 enfants (3.5 et 5 ans), revenu brut 60'000.-), une famille nombreuse (2 adultes, 4 enfants (3.5, 5, 8 et 10 ans), revenu brut 85'000.-) et dès 2007, une famille avec un enfant et un jeune adulte qui suit une formation (2 adultes, 1 enfants et 1 jeune adulte en formation (16 et 20 ans)), revenu brut 70'000.-).

³⁴ Calcul du revenu disponible en déduisant du revenu net les impôts cantonaux, communaux et fédéraux.

montant de la réduction des primes est près de trois fois plus élevé à Berne (respectivement 2'952 frs et 1'032 frs). Le Valais, avec le montant initial de primes le plus bas, octroie une réduction de primes parmi les plus élevées.

L'interaction avec le système fiscal des cantons crée ensuite de nouvelles différences. L'exemple du Tessin l'illustre particulièrement. Ce canton compense une réduction de primes comparativement moyenne (1'494 frs) par un montant d'impôt inférieur aux autres cantons (voir revenu disponible après déduction des impôts). Si une certaine cohérence entre une réduction de prime faible et des impôts également faibles apparaît dans cet exemple, cette systématique n'est pas généralisée. En effet, la famille de la classe moyenne du canton de Neuchâtel, plus ou moins comparable au Tessin (au niveau du montant initial des primes et du montant de la réduction des primes), doit s'acquitter d'un montant d'impôts plus de quatre fois supérieur à celui du Tessin.

Ainsi, les revenus disponibles, déductions faites des impôts puis des primes effectives, divergent grandement entre les cantons. Par exemple, 8'089 francs séparent le revenu disponible le plus élevé (Valais : 59'900 frs) du plus faible (Neuchâtel : 51'811 frs). Au niveau du rapport entre la prime effective et le revenu disponible après impôts, la charge des primes dépasse, hormis pour le Valais et Fribourg, les 10%. Pourcentages bien éloignés de l'objectif du conseil fédéral des 8% du revenu imposable (6% du revenu disponible).

1.3 Aspects méthodologiques

Les disparités présentées aux points précédents interrogent tant la cohérence du système de réduction des primes que les aspects éthiques qui lui sont liés. Les systèmes cantonaux ont-ils été conçus et sont-ils adaptés à l'objectif initial du Conseil fédéral ou se sont-ils développés en l'absence d'objectif précis du point de vue législatif, de manière autonome? L'évolution des coûts de l'assurance-maladie et des montants des primes à charge des assurés met-elle à mal la pertinence du système choisi pour assurer la solidarité du système ? Le système choisi, basé sur les conditions de ressources, est-il adapté malgré sa forte interdépendance avec les autres systèmes de transferts sociaux cantonaux (impôts, allocations diverses, etc.) ? Telles sont des questions qui sous-tendent l'analyse.

Objectif de la recherche

Au-delà du questionnement sur la cohérence du système de réduction des primes par les cantons, les résultats de sa mise en œuvre font émerger de grandes disparités au niveau des réductions opérées et finalement du revenu disponible des ménages. Ces différences, pour des types de familles semblables aux revenus identiques, sont sources d'inéquités horizontales (entre revenus semblables) et territoriales (entre les cantons). Elles questionnent ainsi le niveau de solidarité que le système de réduction des primes peut atteindre. Le système est-il conçu pour atteindre une solidarité au niveau du territoire cantonal ou national ? Les décisions prises au niveau cantonal essaient-elles d'assurer la cohérence du système au niveau du canton (adéquation du système de réduction des primes avec le niveau d'allocations familiales, l'imposition des familles, etc.) et donc une solidarité au niveau cantonal ?

L'objectif de la réflexion est de dépasser l'étape de l'évaluation des effets de la réduction des primes pour déconstruire le système en quatre éléments liés au cadre théorique défini : **la définition du problème public** (1), **les objectifs** (2) (objectifs au niveau fédéral et cantonal), **les ressources** (3) (définition des budgets destinés à la réduction des primes), **les éléments opérationnels, instrumentaux,**

procéduraux (4) (fixation du type de revenu déterminant, des limites de revenu, des montants des subsides, de l'accès aux ayants droit). L'enjeu est d'apprécier la cohérence des mises en œuvres cantonales (4) et des ressources financières (3) avec les objectifs du système (2). Autrement dit, il s'agit d'apprécier l'adéquation de l'instrument d'intervention « réduction des primes » (dans son organisation et ses modalités de financement) par rapport aux objectifs du système.

1. La définition politique du problème public

La définition politique du problème public : définition du problème public entre message LAMal (1991) et loi (1994), définition à travers les révisions.

2. Les objectifs

2. La définition des objectifs concrets fédéraux et cantonaux (objectif social dans le cas de la réduction des primes) : objectif fixé par le message LAMal du Conseil fédéral de 1991 (8%), objectif « assurés de condition économique modeste », objectif de politique familiale (Art 65, 1bis, LAMal).

3. Les ressources financières

La fixation de l'enveloppe (fédérale et cantonale) destinée aux subsides (définition des budgets destinés à la réduction des primes) : détermination du montant de l'enveloppe par le Conseil fédéral (ante et post RPT), répartition des subsides fédéraux entre les cantons (ante RPT), répartition des subsides fédéraux entre les cantons (post RPT), fixation de la contribution des cantons (ante RPT), fixation de la contribution des cantons (post RPT), adaptation de l'enveloppe à l'augmentation des bénéficiaires de subsides intégraux.

4. Les éléments opérationnels, instrumentaux, procéduraux

- La fixation du revenu déterminant : type de revenu considéré, déductions admises, prise en compte de la fortune.
- La fixation des limites de revenu : modèles choisis, choix du nombre et des largeurs des classes, adaptations des limites de revenu.
- La fixation des montants des subsides : montants attribués selon classes de revenu, adaptation des montants, détermination de la prime de référence considérée, adaptation des montants aux montants d'autres transferts sociaux.
- La définition des ayants droit (procédure) : procédure d'accès aux ayants droit, informations aux ayants droit.

2. Enjeu de cohérence et de solidarité

Le renforcement de la solidarité est un des objectifs principaux poursuivis par la réforme de la loi sur l'assurance-maladie. Toutefois, le législateur a choisi de maintenir le principe des primes par tête, ne tenant pas compte de la capacité économique des assurés et des ménages. Des mesures telles que le libre passage intégral ou la compensation des risques entre les assureurs, pour une période de dix ans (prolongée depuis), ont été prévues par le Conseil fédéral. Le système de réduction des primes participe de cette volonté de renforcer la solidarité du système. Le compromis politique entre le maintien de primes par tête et le développement de la réduction des primes peut être qualifié a posteriori de cohérent. En effet, l'obligation de s'assurer, instaurée dans la LAMal, corrélée à l'obligation de paiement des primes maladie et de participation aux coûts n'est cohérente qu'avec l'instauration d'un système garantissant que tous les assurés, même les plus modestes, disposent des moyens financiers pour

participer à ce financement (accès universel). Un survol des problèmes en termes de solidarité et de cohérence liés à l'ancienne loi sur l'assurance-maladie (LAMA) permet de comprendre la nature du problème public que l'introduction de la LAMal tente de résoudre.

La LAMA

Le système d'assurance maladie prévalant sous l'égide de la LAMA est fortement inégalitaire, tant entre les générations qu'entre niveaux de revenus. Les primes sont fixées notamment sur la base des critères de l'âge d'entrée dans une caisse et du sexe. Les caisses-maladie constituaient au sein de la LAMA des communautés de risques autonomes et la loi ne leur imposait que des exigences minimales. Il existait ainsi de fortes disparités entre les caisses au niveau des risques assurés. Les effectifs d'assurés globalement plus « jeunes » sont moins coûteux pour les caisses que les effectifs composés de personnes âgées ou de femmes, dont les coûts sont tendanciellement supérieurs à la moyenne. Le montant des primes était ainsi très disparate selon les caisses, comme cela est d'ailleurs toujours le cas. L'accroissement des coûts d'assurance a accentué ce cercle vicieux. Sachant que le niveau de la prime était fixé en fonction de l'âge d'entrée de l'assuré, seuls les jeunes assurés pouvaient réellement profiter du libre passage entre les caisses. Les primes par tête sont indépendantes du revenu et des subsides fédéraux versés aux caisses-maladie, ne tenant aucunement compte de la situation financière des assurés. Dans ce contexte, les budgets des revenus les plus modestes ont été fortement grevés par l'augmentation régulière des primes. Face à ce problème de solidarité entre hauts et bas revenus et entre générations, certains cantons ont instauré des réductions des primes pour les assurés de condition modeste. Cependant, aucun système de ce type n'avait été pensé au niveau fédéral.

La LAMal

Pour contrer l'érosion de ce type de solidarité, plusieurs mesures ont été prises dans le cadre de la LAMal. Le libre-passage intégral et l'obligation de s'assurer ont été explicitement pensés comme des solutions pour assurer la solidarité entre malades et bien-portants. La LAMal maintient un système de financement basé sur la participation aux coûts des assurés et le paiement de primes par tête, indépendamment du revenu. Toutefois, ce système ne peut fonctionner que si les assurés disposent des ressources financières pour assumer cette charge obligatoire. Le législateur a donc cherché un moyen d'assurer non seulement la viabilité du système (cohérence) mais aussi la solidarité entre les hauts et bas revenus. Le « problème public » que le législateur entend résoudre avec le système de réduction des primes relève directement de principes éthiques (quel moyen développer pour assurer la solidarité dans un système de financement ne dépendant pas du revenu ?) et de cohérence (comment permettre à tous les assurés, quel que soit leur revenu, de payer leurs primes puisque l'affiliation à l'assurance-maladie est obligatoire ?).

Les diverses révisions de la LAMal et plus particulièrement du système de réduction des primes ne reconsidèrent pas la pertinence de ce problème public. Les révisions sont axées sur les problèmes d'exécution du système de réduction des primes et sur les moyens de les résoudre. Le principe du financement de l'assurance obligatoire n'ayant pas été remis en cause dans ces révisions, la pertinence de la réduction des primes destinée à assurer la cohérence et la solidarité du système demeure.

3. Définition de l'objectif social : enjeux

L'analyse de la cohérence d'une politique publique requiert un examen rigoureux des objectifs qui lui sont assignés. Pour ce faire, leur niveau de précision est un élément central. Tant l'instrument d'intervention que ses modalités de mise en œuvre sont conditionnés par cet objectif. En effet, « les objectifs définissent l'état considéré comme satisfaisant à atteindre par la solution adoptée. Ils décrivent l'état social souhaité dans un champ d'action, une fois le problème public résolu » (Knoepfel, Larrue & Varone, 2006, p.169). Moins l'objectif est défini avec précision, plus la marge de manœuvre laissée aux acteurs de la mise en œuvre est grande et peut devenir source de diversités d'application. L'absence de clarté réduit par ailleurs le potentiel d'évaluation. Il peut dès lors s'avérer difficile d'apprécier les effets de la mesure. Dans le cadre de la réduction des primes et sous l'angle d'une lecture analytique de la cohérence d'application, la définition de l'objectif social est centrale. A quatre reprises, lors des révisions de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a tenté de définir un objectif social au niveau fédéral, se heurtant aux refus systématiques du Parlement et des cantons.

3.1. Uniformisation au niveau fédéral

L'objectif des « 8% »

Initialement, le message du Conseil fédéral propose pour l'objectif social (art. 58 du projet de loi) que les primes dues par chaque ménage ne dépassent pas un certain pourcentage du revenu imposable. Le Conseil fédéral fixe un pourcentage de référence (objectif) issu des estimations fondées sur les moyennes nationales de la répartition des revenus, selon la statistique de l'impôt fédéral direct (les différences entre cantons ne sont pas considérées). Sur ces bases, le Conseil fédéral énonce : « ces estimations nous amènent à constater que les cantons peuvent fixer à 8% du revenu imposable le montant limite à partir duquel les primes sont réduites. En vertu de quoi aucun ménage n'aurait à consacrer plus de 8% de son revenu imposable au paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins » (Conseil fédéral, 1991, p.87).

Malgré la volonté du Conseil fédéral d'harmoniser la pratique de réduction des primes par un objectif fédéral commun (les 8%), le Parlement retient finalement une formulation ouverte, inscrite dans la stricte approche fédéraliste. Le pourcentage évoqué dans le message ne sera pas repris dans la loi. Il est décidé que la Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes d'assurance-maladie des assurés de « condition économique modeste » (art. 66 al. 1 LAMal). L'autonomie des cantons est respectée. Elle sera conséquente dans l'élaboration des principes et outils de mise en œuvre du système. Comme le relève un arrêt du Tribunal fédéral « les conditions auxquelles sont soumises les réductions de primes ne sont pas réglées par le droit fédéral, du moment que le législateur a renoncé à préciser la notion d' « assurés de condition économique modeste ». Aussi, le Tribunal fédéral des assurances a-t-il jugé que les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans l'assurance-maladie constituent du « droit cantonal autonome » (ATF 131 V 202 consid. 3.2, p.207).

La notion relativement vague d'assurés de « condition économique modeste » engendre des difficultés d'application mises en évidence lors des travaux de la 1ère révision LAMal. Dans son message, le Conseil fédéral, se référant au monitoring de la réduction des primes, relève des problèmes d'interprétation de la notion par les cantons. Il conclut « que bon nombre de régimes cantonaux de réduction des primes,

de par leur manière de définir les conditions économiques du droit à la réduction, doivent être considérés comme contraires au droit fédéral » (Conseil fédéral, 1998, p.762). Il semble donc indispensable d'assurer un régime conforme au droit fédéral par la définition d'une norme fédérale minimale « non seulement pour assurer un minimum d'Etat social, mais également parce que la réduction des primes joue un rôle important de correctif social, central dans le système actuel des primes individuelles » (Conseil fédéral, 1998, p.762). Pour autant, malgré ce constat clair, le Conseil fédéral renonce à définir plus précisément la notion d'assurés de condition modeste ainsi qu'à délimiter avec davantage de précision le cercle des bénéficiaires. Cette question resurgit dans le cadre de la 2ème révision LAMal, qui ne devait pourtant pas concerner la réduction des primes. Lors de la session d'hiver 2001, le Conseil des Etats entend modifier le système en tenant compte du projet initial du Conseil fédéral fondé sur le seuil des 8%, corrigé d'un facteur de fortune. A cette occasion le Conseil fédéral souhaite l'introduction d'une norme minimale, comprise comme un objectif social, plutôt que l'adaptation d'éléments de procédures. Ce projet suscite d'emblée l'hostilité des cantons. Diverses prises de position des conférences latines et suisses des directeurs de la santé (CDS, 2002) relèvent les conséquences considérées comme néfastes de la définition d'un objectif unique. Selon ces conférences, les moyens financiers mis à disposition par la Confédération sont jugés insuffisants par les cantons, qui ne souhaitent pas prendre en charge les coûts supplémentaires engendrés par l'introduction d'un tel objectif. Au niveau financier, les cantons arguent que ces charges supplémentaires s'additionneront aux charges déjà induites par la révision du financement hospitalier. Et puis, l'augmentation du niveau des primes d'assurance-maladie induira une plus forte demande de subsides, accroissant la charge financière liée à la réduction des primes.

Au-delà de l'inadéquation relevée entre l'objectif des 8% et les ressources financières allouées par la Confédération pour l'atteindre, les cantons évoquent certains risques. En effet, le critère des 8% implique une augmentation de la part à charge des ménages à très bas revenus et une diminution de la part à charge des ménages à revenus plus élevés. Les cantons soulignent que les plus faibles revenus en pâtiront, car les subsides baisseront au profit des revenus plus élevés, ce qui n'est pas conforme à l'objectif de soutien aux assurés de condition économique modeste. Les cantons craignent également une augmentation des factures impayées et du contentieux.

L'objectif de politique familiale

Après avoir mandaté un groupe de travail (OFAS, administrations des finances et des contributions, CDS) pour élaborer différents modèles de réduction des primes, le Conseil fédéral retient un modèle à but social différencié. Celui-ci repose sur une contribution différente pour les assurés de condition modeste et pour les familles dont les primes représentent une charge trop importante. Sur cette base, les cantons doivent définir un échelonnage tel que la réduction permette au montant des primes de ne pas dépasser 2 à 10% du revenu pour les familles et 4 à 12% pour les autres ayants droit. Ce projet suscite de nombreuses interprétations divergentes quant à ses modalités d'application : sur l'importance des contributions annuelles de la Confédération, sur la fixation d'un revenu maximal donnant droit à une réduction de primes, sur l'introduction d'un allègement de 50% de la prime pour le deuxième enfant et la gratuité pour le troisième enfant et les suivants. Les cantons opposèrent quasiment les mêmes arguments que pour le modèle des « 8% ». Au-delà de l'inadéquation des moyens financiers mis à disposition pour atteindre cet objectif, les cantons relèvent que certains ménages subventionnés devraient consacrer au minimum 4% de leur revenu à la réduction des primes alors qu'ils pourraient (avec la pratique en cours) être plus généreusement subventionnés. Lors de la session d'hiver 2003, le Conseil national refuse cette révision. Le Conseil fédéral propose alors une nouvelle modification du

système de réduction des primes et de l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie (paquet législatif 1C, Conseil fédéral, 2004).

Les problèmes d'exécution de la réduction des primes, notamment en regard des taux d'utilisation des subsides fédéraux par les cantons, demeurent. Les évaluations de l'impact sociopolitique de la réduction des primes révèlent une forte hétérogénéité de pratiques entre cantons (Balthasar, 2001). La comparaison des systèmes cantonaux témoigne de la difficulté de juger leur équivalence et le Conseil fédéral maintient sa volonté de définir une norme minimale fédérale pour la réduction des primes. Malgré les fortes divergences suscitées par l'échelonnement différencié des primes dans le cadre de la 2ème révision LAMal, le Conseil fédéral propose dans son message du 26 mai 2004, le même objectif social échelonné.

Durant la procédure de consultation de la révision (paquet 1C), les cantons n'ont pas adhéré à la proposition d'un objectif social échelonné, qui s'immisce selon eux trop fortement dans les systèmes cantonaux. De plus, ils rappellent que l'introduction de cet objectif génère une charge financière supplémentaire pour les cantons, dont la couverture n'est pas assurée. De plus, le traitement administratif d'un tel système engendrerait des coûts élevés. Enfin, ils refusent que des personnes ayant une subvention élevée doivent finalement consentir 4% de leur revenu pour le paiement des primes maladie alors que leur contribution était auparavant inférieure. La CDS propose un modèle basé sur l'exemption totale des primes des enfants et la réduction de moitié des primes des jeunes adultes. Ce modèle suscite également des oppositions en raison du report de coûts sur les primes des assurés adultes et de « l'effet pédagogique » négatif sur les jeunes assurés, qui ne seraient dès lors plus responsabilisés sur les conséquences financières de l'utilisation du système de santé.

A défaut d'un compromis sur l'une ou l'autre de ces propositions, les commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, puis du Conseil national, ont maintenu la nécessité que la Confédération puisse donner un sens aux ressources mises à disposition et maintenir le cadre financier global de 2,5 milliards de francs impartis annuellement à cette tâche. Finalement, l'objectif social échelonné sera converti en objectif de politique familiale par l'introduction de l'art. 65, al. 1 bis LAMal : « pour les bas et les moyens revenus, les cantons réduisent de 50% au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation ». Pour réaliser cet objectif, le Conseil fédéral a décidé (arrêté du 10 mars 2005) d'augmenter les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie de 100 millions de francs dès 2006 et de 200 millions de francs dès 2007. Précisions que la dimension « politique familiale » ne concerne que les bénéficiaires de subventions, à savoir les assurés économiquement modestes et non pas l'ensemble des familles.

Du point de vue des objectifs de politique sociale, le glissement d'un objectif de type économique vers un objectif de type politique familiale est particulièrement intéressant. Le compromis obtenu réduit cependant la portée de l'objectif à une part des assurés déjà bénéficiaires de la réduction des primes. Au-delà du périmètre strict de l'objectif, qui assure une uniformisation de la réduction pour les enfants et jeunes adultes, celui-ci n'uniformise en rien les pratiques cantonales en termes de limites de revenus ou de déductions opérées sur le revenu déterminant pour les enfants. Les cantons décident sans contrainte le cercle des familles éligibles ou non éligibles à la réduction des primes. Ce glissement résulte donc d'un compromis politique entre la Confédération et les Cantons. Même si l'objectif social exprimé en pourcentage du revenu imposable avait été plébiscité par le Parlement, au cours des débats, Pascal Couchepin, en charge du département de l'intérieur relevait : « Je constate que l'esprit du temps influence de façon importante les choix politiques aujourd'hui, et que - avec raisons puisque j'y ai

contribué – la politique familiale est au centre des préoccupations du monde politique » (Débats au Conseil des Etats du 15 décembre 2004). Si les multiples tentatives de définition au niveau national d'un objectif social commun à tous les cantons ont échoué, la définition d'un objectif de politique familiale a quant à elle été acceptée. Or, par l'imprécision des objectifs social et de politique familiale, la Confédération délègue une large marge de manœuvre au niveau cantonal. La solidarité, présente dans l'objectif du système et exposée de manière générale dans la LAMal, est retraduite par les cantons dans leur propre système de réduction des primes.

Pratiquement, des enjeux de nature éthique sous-tendent les modalités de calcul des cantons. Si la LAMal ambitionne une équité verticale entre riches et pauvres, la définition des notions de « riches » et « pauvres » dépend des cantons. En principe, les systèmes mis en place par les cantons devraient, du point de vue éthique, intégrer souci d'équité verticale. L'analyse va tenter de comprendre si cette dimension est – ou non – prise en considération par les cantons dans l'élaboration de leurs systèmes. Nous exposons ci-après à la fois les objectifs fixés par les cantons et contenus dans les lois et les autres objectifs, dont stratégiques, non arrêtés dans la loi mais clairement énoncés.

3.2. Application de la notion de « condition économique modeste »

L'article 65 al.1 LAMal indique que « les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste » sans autre précision concernant la situation ou le nombre de ces assurés. Le cercle des bénéficiaires est défini par les cantons par la détermination des limites de revenu et de fortune ouvrant l'accès à la réduction des primes. Parmi les cantons étudiés, on observe quatre types d'objectifs : l'objectif rapporté au revenu imposable ou disponible (a), l'objectif en terme de pourcentage d'assurés subventionnés (b), l'objectif traduit par des limitations de la notion de condition économique par la fixation de plafonds de revenu et de fortune (c), des objectifs stratégiques non inscrits dans la législation (d).

Objectif rapporté au revenu imposable ou disponible

Aucun canton n'a fixé un objectif social en terme de pourcentage de revenu disponible ouvrant le droit aux prestations. Les cantons de Vaud et de Fribourg l'ont par contre évoqué. Dans le canton de Vaud, un rapport du Conseil d'Etat évoque comme objectif pour 2010 un taux de charge des primes maladie pour un ménage ne devant pas dépasser le 10% du revenu (Conseil d'Etat du canton de Vaud, 2008). Le rapport ne précise pas le type de revenu (brut, imposable, disponible). Selon le service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), cet objectif n'a pas été discuté politiquement depuis la rédaction du rapport et n'est pas à l'ordre du jour. La difficulté à établir un tel objectif est liée à l'impact financier énorme qu'il engendrerait et le risque lié que des bénéficiaires actuels perdent leur droit par la réorganisation de la pratique. Fribourg n'applique pas non plus d'objectif chiffré. Selon la caisse cantonale de compensation, aucun véritable but social n'a été fixé. L'absence d'objectif est jugée problématique. Pour y remédier, le Conseil d'Etat a mandaté la direction de la santé et des affaires sociales pour définir un but social à atteindre par la réduction des primes (rapport à paraître). La conseillère d'Etat en charge du dossier relève : « aujourd'hui nous avons des critères, des revenus déterminants, mais ils n'ont pas vraiment ces buts sociaux. Nous aimerions avoir la discussion politique au Grand Conseil sur les buts sociaux que ce Grand Conseil souhaite mettre en place pour les subsides de caisses-maladie » (Conseil d'Etat du canton de Fribourg, 2009).

Objectif en pourcentage d'assurés subventionnés

Deux cantons établissent un objectif en terme de pourcentage d'assurés subventionnés à atteindre. Le canton de Berne fixe un objectif chiffré dans sa loi cantonale sur l'assurance-maladie (LiLAMAM). Selon l'art.14, al.2 LiLAMAM, une proportion de 25 à 45% de la population doit être subventionnée. Le Valais, annonce dans son rapport sur la politique sanitaire valaisanne un objectif de subventionnement devant couvrir un tiers de la population (33% de la population valaisanne) (Service de la santé publique, 2009, p.35).

Limitation par plafonnement de revenu et de fortune

De nombreux cantons délimitent la notion de « condition économique modeste » par le plafonnement des limites de revenu et/ou de fortune donnant accès au droit à la réduction des primes.

Tableau 3.3 : Critères d'exclusion du droit

Canton	Limite de revenu maximale comme critère d'exclusion (2010)	Limite de fortune maximale comme critère d'exclusion (2010)
Berne	-	Fortune brute > 750'000 frs (art. 6 al. 5 OCAMal)
Fribourg	Revenu brut > 150'000 frs (assurés ou famille)	Fortune brute > 1'000'000 frs (art. 3 Ordonnance 842.1.13) (assurés ou famille)
Tessin	Total des revenus net > 60'000 frs (personne seule), 80'000 frs, personnes seules qui ont à leur charge une personne majeure avec un revenu fiscal de 0 frs ou un revenu net jusqu'à 6'000 frs), 90'000 frs (familles sans enfant) pour les 3 premiers enfants ajout de 10'000 frs, pour les suivants (5'000 frs) (art. 29, al.2 lit. b, c et d LCAMal)	Fortune imposable > 400'000 frs et fortune brute > 600'000 frs (art. 29, al.2 lit.a LCAMal)
Vaud	-	Fortune > 50'000 frs (personne seule) et 100'000 frs (personnes mariées) (art. 4 arrêté 832)
Valais	-	Fortune revalorisée brute > à 1'000'000 frs
Neuchâtel	-	-
Genève	Revenu brut > 150'000 frs (art. 10 al.2 RaLAMal)	Fortune brute > à 250'000 frs (art. 10 al.1 RaLAMal)
Jura	-	-

Les disparités intercantionales sont multiples. Certains n'établissent pas de restriction, d'autres plafonnent le droit à la réduction de primes. Voyons les pratiques de Fribourg et du Valais en comparaison avec celles de Genève. Pour les deux premiers cantons, au-delà d'une fortune brute de 1 million de francs le droit à la réduction des primes s'éteint alors que pour Genève, la fin du droit intervient déjà à partir d'une fortune dépassant 250'000 francs. La présence de critères d'exclusion, en termes de limites maximales de revenu ou de fortune, permet d'exclure les groupes non cibles de la réduction des primes et de clarifier le groupe cible des « assurés de condition économique modeste ». L'absence de critère d'exclusion pour certains cantons ou la disparité des critères établis témoigne de l'étendue de la marge de manœuvre s'agissant de la définition des groupes cible. Elle questionne directement l'équité de traitement des assurés soumis pourtant tous à la même législation fédérale d'assurance-maladie.

Objectifs stratégiques non-inscrits dans la législation

Si tous les cantons ne disposent pas d'objectifs fixés précisément dans leur législation en termes de pourcentage de personnes subventionnées ou de plafonds, tous disposent d'objectifs stratégiques structurant et régissant leur pratique. Soulager les familles avec enfants est généralement l'objectif prioritaire pour la plupart des cantons.

Tableau 3.4 : Objectifs stratégiques³⁵

Canton	Objectifs stratégiques
Berne	Accent sur l'aide aux familles (tenir compte de la charge financière qui pèse sur les familles) art. 14 LiLAMAM.
Fribourg	Objectifs sociaux et stratégiques fixés dans un rapport social à paraître.
Tessin	Accent sur l'aide aux familles avec enfants.
Vaud	«Soutenir l'assurance obligatoire des soins pour les assurés de condition économique modeste, en couvrant par des subsides tout ou partie de leur prime » (831.01 LVLAMal, art 1.). L'aide est principalement ciblée sur les plus bas revenus, en leur offrant une aide conséquente.
Valais	Maintenir une subvention des primes pour 1/3 de la population. Accent sur le subventionnement des familles monoparentales. Accent sur le subventionnement des couples avec plusieurs enfants.
Neuchâtel	Accent sur l'aide aux familles.
Genève	Maintien d'une intervention stable dans le domaine des réductions de primes, tant du point de vue des montants que du nombre d'ayants droit. Mieux cibler l'attribution des subsides, de manière à améliorer l'égalité de traitement et l'utilisation optimale des fonds publics, par la suppression de l'automatisme de leur versement pour certaines catégories d'assurés (assurés disposant d'une fortune ou de revenus importants, jeunes assurés qui ne sont pas au bénéfice de l'aide sociale, assurés dont le revenu n'atteint pas une limite inférieure fixée (revenu plancher). Aider les familles à revenus modestes ayant des enfants (public cible : les travailleurs pauvres). Atténuer les effets de seuil par une sortie du barème plus progressive, dans le but que les réductions de prime accordées soient mieux ciblées par rapport au revenu.
Jura	Accent sur l'aide aux familles (subsides identiques pour les enfants quel que soit le palier de revenu des parents). Introduction d'un subside supplémentaire dès le 1 ^{er} janvier 2009 pour les familles qui ont un revenu déterminant inférieur à 10'000frs.

3.3. Traduction de l'objectif de politique familiale par les cantons

Contrairement à la notion d'assuré de condition économique modeste, relativement floue, la manière d'accéder à l'objectif de politique familiale est précisé avec davantage de clarté par la LAMal : « pour les bas et les moyens revenus, les cantons réduisent de 50% au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation » (art. 65, al.1 bis). On dispose d'un objectif chiffré et les bénéficiaires (les enfants et les jeunes adultes) sont explicitement désignés. La définition des « enfants » est établie (moins de 18 ans révolu), et la notion de « jeune adulte » décrite à l'art. 61 al.3 LAMal (assurés entre 18 et 25 ans révolus). Cependant, les notions de « formation » ou de « moyens revenus » ne sont pas définies. Elles doivent être finalisées au niveau cantonal, qui dispose une fois encore d'une marge de manœuvre importante.

³⁵ Ces objectifs sont issus des réponses fournies par les cantons à la question : « Le canton a-t-il défini des lignes stratégiques concernant le type d'assurés de condition économique qu'il désirait soutenir (ex. accent sur les familles, la classe moyenne, les plus bas revenus, etc.) ? »

Suite à l'acceptation de cet article, l'Office fédéral de la santé publique et les cantons par la CDS apportent des précisions sur la mise en œuvre cantonale. Pour la CDS, le Parlement a explicitement octroyé une « marge de manœuvre maximale aux cantons » (CDS, 2005). Dans ce contexte, certaines précisions ont été formulées concernant sa mise en œuvre inspirée des remarques formulées par la CDS :

- Les principes fondamentaux des réglementations cantonales de même que les compétences des cantons ne sont pas remis en cause.
- Les cantons sont libres de fixer les bas et les moyens revenus.
- La réglementation se basant sur les primes référentielles ou indicatives cantonales, les rabais consentis par les assureurs peuvent toujours être considérés.
- Les jeunes adultes en formation n'ont pas automatiquement un droit individuel à la réduction des primes (les dispositions cantonales différentes ne sont pas touchées).
- La notion de « formation » devrait être comprise par analogie avec la loi sur l'impôt fédéral direct (LIFD). Pour autant la définition de cette notion peut se conformer à la législation cantonale.

Dans la mise en œuvre, l'OFSP n'a pas exigé une élévation des limites de revenus. Si les cantons atteignent ce nouvel objectif, ils ne sont pas contraints d'introduire de nouvelles adaptations. Au-delà de ces précisions, la CDS résume dans ses lignes directrices les principaux enjeux liés à la mise en œuvre de l'art. 65 al. 1bis : la définition des revenus et de la notion de formation, la garantie de la prétention minimale selon le droit fédéral, la prétention indépendante de jeunes adultes ou commune avec les parents et la preuve d'une légitimation.

Définition des bas et moyens revenus

Lors des débats parlementaires, la notion de « bas revenus » est utilisée par analogie avec celle de « condition économique modeste », définie à l'art. 65 al. 1 LAMal. Or, la notion de « moyens revenus » n'équivaut pas à celle de « bas revenus ». Les cantons sont donc contraints de définir cette nouvelle notion. En principe, les cantons subventionnant déjà les enfants et les jeunes adultes en formation appartenant à des ménages disposant de moyens revenus, n'ont pas obligation d'adapter leur système. Cependant, pour les cantons utilisant un facteur de réduction maximal de l'enveloppe fédérale pour les subsides (50%), des adaptations sont nécessaires. En effet, le parlement ayant augmenté les subventions (de 200 millions pour 2007), les cantons doivent également majorer leur contribution et maintenir un facteur de réduction maximal de 50%. Le tableau ci-dessous présente les limites de revenu spéciales destinées aux moyens revenus.

Tableau 3.5 : Limites de revenu spéciales pour les moyens revenus

	Limites de revenu spéciales pour les moyens revenus
BE	Pas de limite spéciale pour les familles à moyen revenu.
FR	Pas de limite spéciale pour les familles à moyen revenu.
TI	Limite spéciale. De 34'001 frs à 65'000 frs : subside uniquement pour les enfants et les jeunes adultes en formation.
VD	Limite spéciale. De la limite intermédiaire à la limite supérieure, subside uniquement pour les enfants et les jeunes adultes en formation.
VS	Pas de limite spéciale pour les familles à moyen revenu.
NE	Augmentation des limites de revenus conformément à « l'objectif social LAMal » pour toutes les catégories de personnes (personne seule et couple avec enfant(s)). (art. 20 et 25 loi).
GE	Définition de 3 nouvelles catégories de revenu donnant droit à des subsides uniquement pour les enfants et les jeunes adultes de la famille (art. 21, al.4 loi et art. 10B al.5, règl.). Avant l'introduction de l'art. 65 al.1 bis, subvention intégrale des primes des enfants de subsidiés.
JU	Augmentation de la limite pour les familles « moyennes » de 32'999 à 39'999.-.

Notion de formation

Le législateur fédéral précise que la catégorie des « jeunes adultes » représente la tranche d'âge 19-25 ans. Concernant la définition de la notion de « formation », les cantons doivent se référer au droit fiscal. Or, le droit fiscal fédéral, comme cantonal, ne contient pas de définition stricte. La législation fiscale fédérale ne définit la formation que par l'art. 35 de la loi sur l'impôt fédéral direct (LIFD), qui renvoie à la déduction sociale accordée aux parents pour la formation professionnelle des enfants. Comme le relève la CDS, « pour des raisons de cohérence avec le droit fiscal, il apparaît indiqué de lier dans la LAMal la notion de formation avec la définition qu'en donne le droit fiscal cantonal » (CDS, 2005). Dans la plupart des cantons, les lois d'application de la LAMal ne précisent pas la notion de formation. Seul Neuchâtel indique qu'il s'agit d'une formation « initiale ».

Prétention indépendante ou commune

La prétention à la réduction des primes, indépendante pour le jeune en formation ou commune avec ses parents, comporte des avantages et des désavantages. Balthasar relève deux modèles principaux pour la réduction des primes des jeunes adultes (Balthasar, Bieri & Gysin, 2006). Le premier modèle se base sur une demande obligatoirement individuelle et indépendante de la part du jeune adulte en formation. Sa mise en œuvre est relativement simple et les coûts administratifs modérés. Par contre, ce modèle peut potentiellement entraîner des coûts plus élevés pour le canton qui le pratique. En effet, la non prise en considération de la situation financière des parents signifie que des jeunes issus de familles aisées peuvent recevoir une subvention pour les primes maladie, ce qui correspondrait à une distorsion de l'objectif social du système et une atteinte à l'équité verticale du système de réduction des primes. Le second modèle, qui lie la situation du jeune adulte à celle de ses parents sous certaines conditions, comporte également des avantages et des inconvénients. Des règles et conditions précises doivent être édictées, mais sont parfois difficiles à contrôler. Différents critères sont utilisés : domicile commun avec les parents, dépendance financière aux parents, situation de formation. Ces critères requièrent des vérifications administratives relativement lourdes et compliquées. L'administration dispose d'informations liées aux critères, mais elles ne sont pas toujours actualisées. Selon Balthasar, l'évaluation de la dépendance ou la non dépendance financière du jeune adulte à ses parents peut s'avérer dès lors particulièrement compliquée. Le tableau ci-dessous résume les différentes pratiques cantonales.

Tableau 3.6 : Prétention au droit des jeunes adultes

Jeunes adultes : droit indépendant ou commun (famille)	
BE	Droit commun si les conditions d'octroi sont remplies : les jeunes adultes sont réputés membres de la famille s'ils sont célibataires et qu'ils n'ont pas de revenu propre, ou qu'ils reçoivent un revenu inférieur à 12'000.- ou supérieur à 12'000.- mais pas durablement (art.5 al.1 OCAMal). Droit indépendant de la formation.
FR	En principe les apprentis et les étudiants qui n'ont pas 25 ans révolus ne présentent pas leur propre demande. Ils doivent être mentionnés dans la requête déposée par leurs parents en tant qu'enfant à charge (pour l'ensemble de la famille) (source : caisse de compensation du canton de Fribourg).
TI	Droit commun si les conditions d'octroi sont remplies : jeunes adultes qui ont un revenu brut de moins de 6'000 francs par année, ont un droit commun avec les parents. Seule la situation économique joue un rôle. Le lieu de domicile et la formation ne jouent aucun rôle.
VD	Droit commun si les jeunes adultes sont en formation et vivent en famille. Dès 19 ans, lorsque les apprentis et les étudiants dont les parents ne bénéficient pas de subsides, possibilité de se fonder sur le revenu des parents et celui des enfants (art 12 al.2 LVLAMal).
VS	Droit commun jusqu'à 20 ans. Dès 20 ans au 31 décembre précédent le subventionnement, les assurés sont considérés à titre individuel (art 3, al. 3, Ord.). Demande commune possible si les jeunes adultes ont entre 18 et 20 ans.

NE	Droit commun si les conditions d'octroi sont remplies : (art 40 RALILAMal) : être en formation initiale, être dépendant financièrement des parents. Si deuxième formation ou formation continue, pas de droit à la réduction des primes (art. 42 RALILAMal).
GE	Droit commun si les conditions d'octroi sont remplies (art 10B al.4 RaLAMal Règl.): lorsque le jeune adulte habite avec ses parents il est considéré comme une charge légale supplémentaire (pas de lien avec la formation) ou lorsqu'il n'habite pas avec ses parents, mais que son revenu est inférieur à 15'000 frs.
JU	Droit commun si les assurés de moins de 25 ans n'assurent pas eux-mêmes leur entretien et dépendent financièrement de leurs parents. (art 16 al. 1 et 2 Ordo).

Les pratiques cantonales en matière de reconnaissance du droit des jeunes adultes à la réduction des primes sont différentes selon les cantons. Tous les cantons offrent la possibilité pour les jeunes adultes de déposer une demande en commun selon des critères divergents. L'âge des jeunes adultes est l'unique critère déterminant pour le Valais. Tous les autres cantons utilisent le critère de la dépendance ou non dépendance financière aux parents. Parmi ces derniers, les cantons de Neuchâtel et Vaud examinent aussi le critère de la formation. Pour le Jura enfin, l'âge et la dépendance financière aux parents sont les critères utilisés.

3.4. Vers un objectif social défini ?

Du point de vue de la pertinence des politiques publiques, la fixation des objectifs est primordiale. Elle permet de définir le type et l'intensité de l'Etat social souhaité une fois le problème public résolu. Or, dans le cadre de la réduction des primes, les objectifs sociaux ne sont pas définis au niveau fédéral et le sont de manière lacunaire – et par ailleurs de manière très disparate – au niveau cantonal. Par conséquent, la marge de manœuvre offerte aux cantons crée de fortes disparités, qui s'ajoutent à celles observées déjà au niveau de la définition des objectifs. D'une part, tous les cantons n'ont pas d'objectifs véritablement exprimés et stables dans le temps. D'autre part, lorsque des objectifs sont fixés, ils peuvent diverger fortement (par exemple, critères d'exclusion au niveau de la fortune ou du revenu). A l'inverse, la fixation de l'objectif de politique familiale au niveau fédéral montre que, même si la marge de manœuvre au niveau de la mise en œuvre est grande (voir ci-après), tous les cantons ont réduit de 50% au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation pour les bas et les moyens revenus, contraints par la législation fédérale.

Ainsi la définition de « l'Etat social souhaité » des objectifs, au niveau national comme cantonal, comporte des risques et des avantages. Le principal désavantage d'un objectif social fixe et rigide concerne la réduction de la marge de manœuvre des cantons tant au niveau de l'organisation que des moyens financiers devant être affectés au système. Or, en période de restriction budgétaire, il serait impossible de réduire le budget de la réduction des primes avec un objectif chiffré inscrit dans la loi. A l'inverse, ce risque peut devenir un avantage pour le pilotage du système de réduction des primes. La présence d'un objectif améliorerait la stabilité du système. Avec un objectif social clairement défini, le système est moins sensible aux décisions politiques, notamment au niveau budgétaire, et donc plus stable.

4. Détermination de l'enveloppe financière

Les subsides de la Confédération et des cantons (régis par l'art. 66 LAMal et l'ORPM) provenant des ressources fiscales³⁶ financent la réduction des primes. La détermination par la Confédération du montant des subsides et celle, par les cantons, des montants complémentaires sont des éléments centraux de la politique de subventionnement des assurés économiquement modestes. En terme de cohérence, les moyens alloués doivent être suffisants pour atteindre les objectifs du système : soutenir les assurés de condition économique modeste et les familles (enfants et jeunes en formation). Cette pratique a connu un premier système lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, puis un second intervenu avec la réforme de la péréquation financière. Si le principe général de financement demeure inchangé, avec une contribution de la Confédération complétée de celle des cantons, les critères de répartition ont cependant été modifiés.

4.1. Système de financement 1996 - 2007

Entre 1996 et 2007, les subsides fédéraux sont fixés par arrêté fédéral simple valable quatre ans (ancien art. 66, al. 2 LAMal), tenant compte de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie ainsi que de la situation financière de la Confédération. Le Parlement réévalue le montant des subsides à chaque législature et le fixe dans les dispositions transitoires de la loi. Jusqu'en 2007, la Confédération calcule la part allouée à chaque canton sur la base de la population résidente et de la capacité financière du canton. Les cantons doivent participer (ensemble) à hauteur du 50%³⁷ du montant attribué par la Confédération et peuvent renoncer à une partie des subsides fédéraux pour autant qu'ils atteignent l'objectif de politique sociale visé par le dispositif. La subvention fédérale est alors réduite en conséquence (Conseil fédéral, 2008). A contrario, ils peuvent augmenter leur contribution destinée aux assurés de condition économique modeste.

Les premières évaluations du système, en 1998, ont révélé que 13 cantons ne sollicitaient que 50% des subsides fédéraux (2 cantons 57% et 90% et 11 cantons 100%) (Conseil fédéral, 1998). Plusieurs problèmes ont ainsi été révélés. D'une part, le montant maximal ouvrant le droit à une réduction de primes était, dans plusieurs cantons, inférieur ou à peine supérieur au montant limite déterminant le droit aux prestations complémentaires. D'autre part, certains cantons ayant demandé de réduire les subsides à 50% obtenaient de meilleurs résultats que d'autres cantons utilisant l'intégralité de la subvention. A partir de ce constat, le Conseil fédéral décide de réviser partiellement l'ordonnance du 12 avril 1995 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes, dans le sens d'une prise en compte des primes moyennes de l'AOS dans le calcul des subsides fédéraux destinés aux cantons (indice des primes comptant pour 35% et la capacité financière du canton pour 65%) (comme l'autorise l'art. 66 al. 3 LAMal). L'objectif consiste à attribuer aux cantons ayant des primes supérieures à la moyenne, des subsides également supérieurs. L'argumentation du Conseil fédéral repose sur le fait que la réduction des primes ne doit poursuivre qu'un objectif social. Il ne doit pas revenir à l'assuré de subir les

³⁶ Le financement des subsides fédéraux est assuré par l'attribution de 5% du produit non affecté de la taxe sur la valeur ajoutée. « 5% du produit non affecté de la taxe sont employés à la réduction des primes de l'assurance-maladie en faveur des classes de revenus inférieures, à moins que la loi n'attribue ce montant à une autre utilisation en faveur de ces classes (art. 130, Al.4 Cst).

³⁷ Les pourcentages de participation des cantons était le suivant : 1996 : 35%, 1997 : 40%, 1998 : 45% et à partir de 1999 : 50%.

conséquences du niveau élevé des coûts (et des primes). Suite à cette décision, onze cantons alémaniques³⁸ et deux conseillers aux Etats ont déposé des initiatives pour supprimer cette disposition. Selon ces opposants, la prise en considération de la prime moyenne favorise les cantons « dispendieux » ayant des primes élevées au détriment des cantons « économes » aux primes moins élevées. Cet élément s’oppose, selon eux, aux objectifs fixés dans la loi fédérale sur l’assurance-maladie (développement de mesures efficaces, réduction des dépenses). Dès 2002, l’indice des primes n’est plus pris en compte lors du calcul des subsides de la Confédération à la réduction des primes.

Le tableau ci-dessous présente un aperçu des montants à disposition de la réduction des primes, de 1996 à 2007. Il détaille les subsides en termes de but visé, de facteur de réduction utilisé, de subsides après réduction. Les variations annuelles sont également présentées.

Tableau 3.7 : Montants des subsides à disposition de la réduction des primes 1996 et 2007

	Subsides: But visé en millions de francs	Variation par rapport à l'année précédente (en %)	Facteur de réduction - moyenne Suisse (en %)	Subsides budgétisés après réduction en millions de francs	Variation par rapport à l'année précédente (en %)	Par des cantons aux subsides budgétisés en %
1996	2470.5	-	26.5	1815.6		
1997	2716.0	9.9	23.2	2087.2	15.0	26.90
1998	2972.5	9.4	23.9	2263.3	8.4	29.30
1999	3270.0	10	24.3	2476.6	9.4	31.45
2000	3319.5	1.5	23.7	2532.8	2.3	31.30
2001	3369.0	1.5	20.7	2671.6	5.5	31.90
2002	3420.0	1.5	16.7	2848.4	6.6	32.80
2003	3471.0	1.5	14.7	2961.1	4.0	32.70
2004	3523.5	1.5	14.1	3025.3	2.2	32.80
2005	3576.0	1.5	12.8	3119.6	3.1	32.90
2006	3780.0	5.7	14.5	3230.0	3.5	32.80
2007	3987.0	5.5	13.9	3432.2	6.3	32.90

Sources : Données issues de la statistique de l’assurance-maladie obligatoire

4.2. Adéquation des moyens financiers (avant RPT)

Du point de vue de la cohérence du système de financement, jusqu’en 2007, les enjeux principaux découlent de la contribution de la Confédération et de celle des cantons. Un système cohérent voudrait que les ressources mises à disposition par la Confédération et par les cantons parviennent ensemble à réduire suffisamment les primes. Or, l’objectif des 6% du revenu disponible (8% du revenu brut ; objectif initial du Conseil fédéral) n’est jamais atteint en moyenne suisse. Pour analyser l’adaptation des ressources financières et les objectifs de la réduction des primes, deux indicateurs peuvent être utilisés : l’adéquation des ressources financières mises à disposition par la Confédération à l’évolution de la prime moyenne par canton et l’utilisation ou non-utilisation du facteur de réduction des subsides de la Confédération par les cantons.

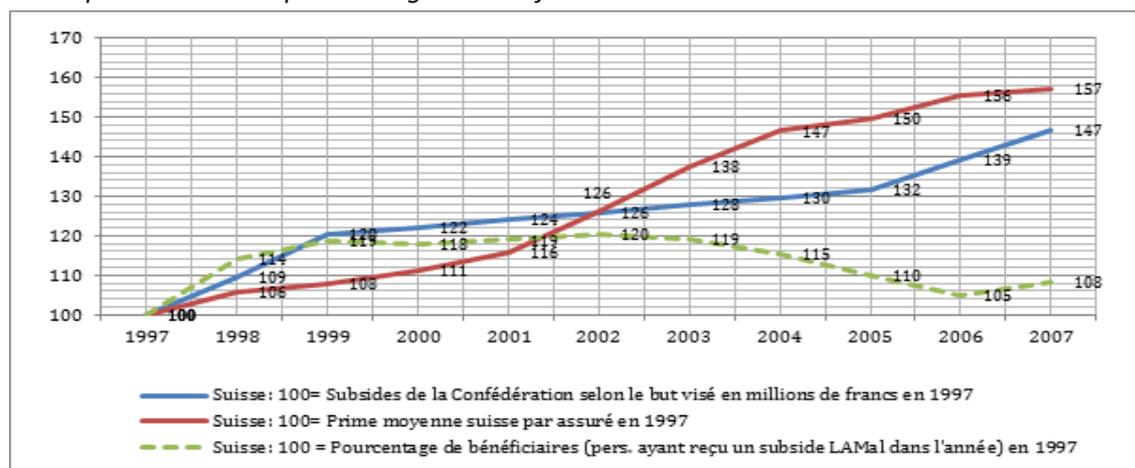
³⁸ Thurgovie, Grisons, St-Gall, Schaffhouse, Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Glaris, Nidwald, Schwytz, Argovie, Lucerne.

Moyens alloués par la Confédération

L'objectif de la réduction des primes consiste à réduire la charge des primes sur le budget des ménages. Pour qu'il puisse être atteint, année après année, les ressources financières devraient, dans une certaine mesure au moins, tenir compte de l'évolution des primes. Une augmentation des primes génère en effet une incidence directe sur le nombre de bénéficiaires, donc sur le budget. Cet « effet prime » est particulièrement exemplaire dans le cas des bénéficiaires intégraux de la réduction des primes (bénéficiaires de l'aide sociale, du revenu d'insertion, des PC à l'AVS et à l'AI). Lorsque les primes augmentent, la part du budget des subsides destinés à ces bénéficiaires augmente dans la même proportion puisqu'ils sont subventionnés, dans la plupart des cantons, à hauteur de la prime moyenne cantonale. Lorsque les moyens financiers ne suivent pas la progression des primes, existe un risque évident que les bénéficiaires « ordinaires » diminuent au profit des bénéficiaires « intégraux ». L'adaptation des moyens financiers à l'évolution de la prime moyenne constitue donc un facteur fondamental de cohérence du système dans un système de financement basé sur une logique d'enveloppe financière.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la prime moyenne suisse, des subsides de la Confédération (but visé³⁹) et du pourcentage de bénéficiaires entre 1997 et 2007 sous la forme d'indices. La base 100 correspond respectivement aux montants des subsides de la Confédération selon le but visé en 1997, à la prime moyenne suisse par assuré en 1997 et au pourcentage de bénéficiaires en 1997. Il apparaît clairement que la variation de la prime moyenne par assuré, entre 1997 et 2007, est supérieure à celle des moyens financiers à disposition de la réduction des primes, car la progression des moyens de la Confédération entre les années 2000 et 2005 est stabilisée à 1,5% par année. Ainsi, entre 1999 et 2005, la progression des moyens financiers, en indices, est constante avec une augmentation de 2 points par an. En revanche, l'augmentation de la prime moyenne, entre 1999 et 2005, est plus élevée (entre 3, 5, 10, 12 et 9 points), pour ralentir dès 2005. Dès l'année 2002, le pourcentage de bénéficiaires tend à se réduire.

Figure 3.3 : Variations 1997 - 2007 des subsides fédéraux après réduction en francs, de la prime moyenne suisse par assuré et du pourcentage de bénéficiaires

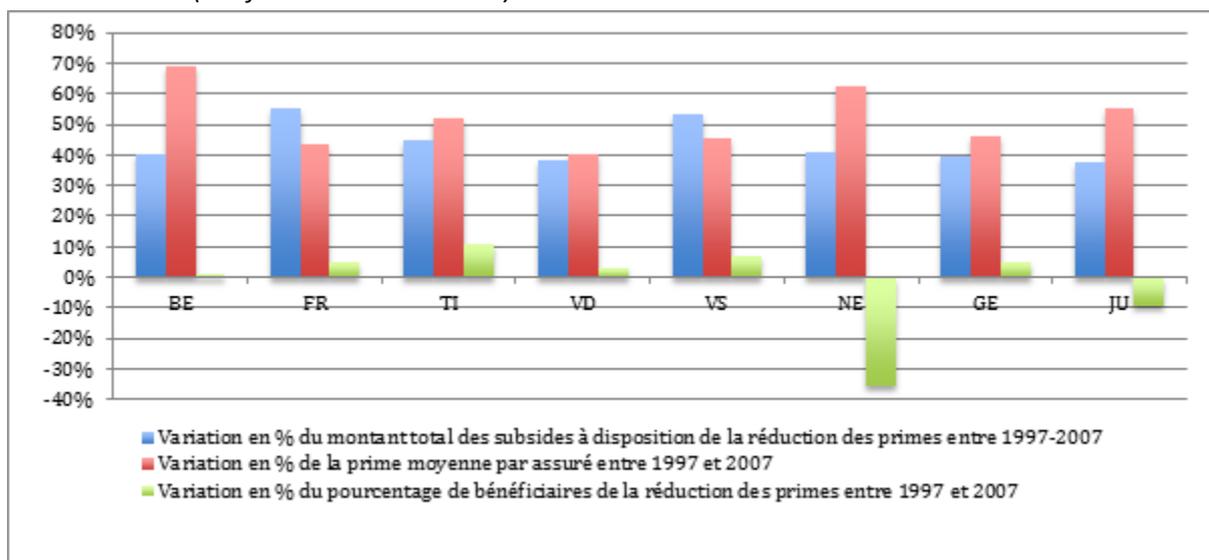


Sources : Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2007 (T 4.07) et 2008 (T3.1, T 4.07)

³⁹ Nous considérons les subsides fédéraux selon le but visé, en millions de francs, et non les subsides budgétisés après l'utilisation par les cantons du facteur de réduction. Après réduction, les montants sont inférieurs au but visé mais selon les facteurs de réduction utilisés, la variation par année varie beaucoup mais ne reflète pas la volonté du législateur fédéral.

Une analyse semblable a été réalisée pour chaque canton (annexe 1). Il y apparaît une grande diversité de l'évolution de la prime moyenne par assuré. Les cantons de Fribourg, Valais, Vaud ont une prime moyenne par assuré, en francs, subissant une progression assez semblable, avec un indice en 2007 compris entre 140 et 150. En 2007, les cantons du Tessin et Jura ont une progression plus élevée avec un indice compris entre 150 et 160. Enfin, les cantons de Genève et Berne ont une progression de la prime moyenne plus élevée avec des indices supérieurs à 160. Ces constats sont illustrés dans le graphique ci-dessous, qui représente les variations en pourcent des montants totaux des subsides, entre 1997 et 2007, de la prime moyenne par assuré et du pourcentage de bénéficiaires. Hormis les cantons de Fribourg et Valais, l'augmentation en pourcent de la prime moyenne est supérieure à l'augmentation du montant à disposition de la réduction des primes. L'augmentation du pourcentage de bénéficiaires est de manière générale faible pour tous les cantons. Trois cantons (FR, GE, VD) ont une augmentation importante du pourcentage de bénéficiaires de 1997 aux années 2000-2002 puis une baisse de ce pourcentage durant les années suivantes. Les cantons de Neuchâtel et Jura subissent par contre une baisse conséquente du pourcentage de bénéficiaires, respectivement de -35,5% et -9,2%. Relevons, en 2002, la forte hausse des primes moyennes pour quasiment tous les cantons et la progression ralentie des subsides. Cette augmentation des primes serait due à un effet de rattrapage pour les années 2000 et 2001. Dans les années 2000, les assureurs ont sous-estimé les coûts. Le manque financier, pour 2000 et 2001, peut être globalement estimé à 4% des primes (Dreifuss, 2001).

Figure 3.4 : Comparaison par canton de la variation, en pourcent de la prime moyenne par assuré et des subsides totaux (Confédération et cantons) entre 1997 et 2007



Sources : Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 1997 à 2007

Avec l'entrée en vigueur de l'objectif familial, en 2006, tous les cantons, hormis le Valais, ont un pourcentage de bénéficiaires en diminution en 2006. On peut supposer que l'augmentation des montants attribués à la catégorie des enfants et jeunes adultes en formation a contraint les cantons à réduire le cercle de leurs bénéficiaires.

Contribution des cantons

Les évaluations réalisées par le monitoring de la réduction des primes montrent que, pour la plupart des cas types étudiés, la prime effective en pourcent du revenu disponible dépasse pour les cantons de notre recherche la limite de 6% du revenu disponible (objectif initial du Conseil fédéral). Dans ces

conditions, la décision d'un canton d'utiliser le facteur de réduction est inadéquate pour atteindre l'objectif de la réduction des primes.

Entre 1996 et 2007, les cantons romands, contrairement à de nombreux cantons alémaniques, n'utilisent pas de facteur de réduction des subsides, à l'exception du canton de Neuchâtel. Deux raisons l'expliquent. Premièrement, il existe une corrélation entre les facteurs de réduction et le niveau des primes cantonales. Les cantons aux primes élevées utilisent l'entier du subside à disposition, alors que les cantons aux primes plus basses choisissent de le réduire. En principe, pour les cantons, l'utilisation de l'intégralité de l'enveloppe est l'unique moyen d'atteindre l'objectif fixé par le mandat fédéral. Le canton du Tessin relève par exemple que la réduction des primes est une prestation prioritaire parmi les prestations sociales. C'est la raison pour laquelle l'intégralité de l'enveloppe a toujours été nécessaire. Deuxièmement, en fonction de leur capacité financière et de leur population, les cantons allouent un subside cantonal dont la proportion peut varier plus ou moins fortement du subside fédéral. Par exemple, en 2007, le subside du canton du Valais représente 9,2% du subside fédéral et celui du canton de Zoug 186,8%. Cette relation incite certains cantons, moins favorisés par la répartition, à utiliser le facteur de réduction. Au contraire, les cantons favorisés par la répartition n'ont aucun intérêt à réduire la part fédérale puisque leur contribution est faible. Ainsi, le Valais cumule un indice de capacité financière faible et une population relativement conséquente, ce qui provoque une configuration très favorable. Dans cette perspective, on peut penser que certains cantons sont incités à dépenser l'entier de l'enveloppe, quand bien même des montants plus faibles auraient été suffisants pour atteindre les objectifs sociaux.

Neuchâtel est le seul canton étudié à avoir utilisé le facteur de réduction des subsides fédéraux depuis 1997⁴⁰. Selon nos interlocuteurs, le mécanisme de frein à l'endettement en vigueur dans le canton, a contraint tous les départements à opérer des coupes linéaires dans les budgets. Le budget de la réduction des primes a ainsi été réduit en 2006 en utilisant un facteur de réduction de 4,1% des subsides selon le « but visé », soit une réduction en espèces de 3,5 millions. Dans le même temps, entre 2005 et 2006, le cercle des bénéficiaires (total des personnes) de subventions passe de 29,2% à 20,7% et celui des ménages subventionnés de 40% à 29%. Deux classes de revenu ont été supprimées. Cet exemple illustre le lien primaire et direct entre l'enveloppe financière et le cercle de bénéficiaires de la réduction des primes. Quels que soient les objectifs sociaux de la réduction des primes, l'impératif budgétaire est prioritaire.

Ainsi, à une exception près, les cantons analysés n'ont jamais utilisé le facteur de réduction. L'utilisation du facteur de réduction, alors que la charge des primes sur les ménages dépasse dans tous les cantons de notre recherche l'objectif des 6% du revenu disponible (8% du revenu imposable), aurait constitué une véritable incohérence. Dans ce sens, l'obligation pour les cantons de contribuer ensemble pour 50% au moins de la contribution fédérale offre une certaine sécurité financière au système.

4.3. Système de financement et RPT

La réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) a eu un impact sur le financement du système de réduction des primes par la

⁴⁰ En 1996, Berne a utilisé un facteur de réduction de 10% des subsides fédéraux. Aucun autre canton sous revue n'a utilisé ce facteur de réduction ultérieurement sauf le canton de Neuchâtel en 2006.

Confédération et les cantons. La loi fédérale sur la RPT confirme que la réduction des primes est une tâche commune de la Confédération et des cantons, mais elle en modifie les modalités de financement. Au premier janvier 2008, avec l'entrée en vigueur de la RPT, la LAMal est modifiée de manière à ce que la Confédération assume le quart des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour 30% des assurés. Cette participation est calculée, publiée et communiquée aux cantons à l'automne de l'année précédente. Le mode de calcul est défini dans la nouvelle version de l'ordonnance sur les subsides (ORPM). Les coûts bruts sont calculés sur la base de cinq indicateurs : la prime moyenne, l'effectif des assurés, l'effectif des assurés selon estimation, les primes à recevoir et la participation aux coûts.

La réforme de la péréquation ne modifie donc pas le système de réduction des primes et n'a pas d'impact sur les lois et ordonnances cantonales. Les seules adaptations requises concernent les cantons « dans lesquels plus de 50% de la population bénéficient de réductions de primes en vertu de subsides fédéraux accordés selon le critère actuel de la capacité financière » et qui risquent de voir leur financement diminuer (Conseil fédéral, 2005). Précisément, les critères définissant l'enveloppe des subsides par la Confédération changent et le critère de la capacité financière ne joue désormais plus de rôle dans la clé de répartition entre les cantons. La population résidente et le nombre d'assurés sont seuls déterminants. La part revenant à chaque canton est versée intégralement. Les cantons complètent l'enveloppe fédérale pour que la réduction des primes au sens de la LAMal soit garantie. Pour autant, il n'y a plus de rapport strict entre les contributions de la Confédération et celle des cantons (anciennement minimum 50%).

Relevons que le premier message de la RPT tentait d'harmoniser la réforme de la RPT avec celle de la réduction des primes (projet initial 1C). Dans cette réforme, le projet d'un objectif social échelonné avait été développé par le Conseil fédéral. Ainsi dans le 1er message de la RPT, le Conseil fédéral établissait un objectif précis pour le montant des subsides cantonaux : « les cantons cumuleraient les moyens financiers mis à disposition par la Confédération afin de permettre aux assurés de condition modeste de bénéficier de réduction de primes si la charge que représentent ces dernières dépasse les limites supportables, soit 10% du revenu moyen imposable en Suisse. » Cette nouvelle formule, selon la Conférence des cantons, devait « assurer une utilisation plus transparente et plus ciblée des moyens à disposition » (CdC, 2004, p.153). Suite à l'échec de l'objectif social échelonné, la volonté de transparence est toujours présente mais plus aucun objectif chiffré n'est établi. L'objectif consiste simplement à ce que la réduction des primes au sens de la LAMal soit garantie. Après avoir montré l'imprécision de l'objectif de la réduction des primes, nous relevons une nouvelle « imprécision » concernant la définition de la contribution cantonale au financement du système.

4.4. Adéquation des moyens financiers

Avec l'introduction de la RPT, le mécanisme de financement est modifié dans le sens que le critère péréquatif de la capacité financière est abandonné au profit d'une contribution de la Confédération adaptée à l'évolution des coûts (7,5% des coûts bruts de l'AOS). Cette part fédérale du financement évolue donc, année après année, parallèlement aux coûts réels de l'assurance-maladie. Dans ce sens, le système peut tendanciellement améliorer l'adéquation auparavant défailante entre les moyens financiers et l'évolution de la prime moyenne. Or, ce système n'est cohérent que dans la mesure où les parts cantonales (et communales) qui complètent le montant fédéral suivent la même logique d'adaptation à l'évolution des coûts. Dans ce cas, la part disponible des subsides partiels ne doit pas se réduire.

La cohérence des ressources financières, suite à l'entrée en vigueur de la RPT, avec les objectifs de la réduction des primes peut être vérifiée par les mêmes indicateurs que précédemment:

Moyens alloués par la Confédération

D'une certaine manière, la contribution de la Confédération peut être jugée plus stable avec la RPT qu'auparavant. En effet, avant 2008, le montant des subsides fédéraux étaient fixé par arrêté fédéral en tenant compte de l'évolution des coûts et de la santé financière de la Confédération. Avec la RPT, la contribution fédérale résulte d'un calcul basé sur les coûts bruts de l'AOS, indépendant de la santé financière de la Confédération. La contribution de la Confédération est donc adaptée à l'évolution de la prime moyenne puisque cette dernière est à la base de son évaluation.

Contribution des cantons

Le passage à la RPT entraîne des changements importants au niveau de la contribution financière des cantons. Puisque la contribution de la Confédération est réduite avec le système de la péréquation financière, tous les cantons doivent augmenter considérablement la leur. A titre d'exemple, la contribution de la Confédération pour le canton de Berne passe de 392,7 millions en 2007 à 227,2 millions de francs en 2008. Le tableau ci-dessous présente les variations du total des subsides (Confédération et cantons) entre 2007-2008 (passage à la RPT) et 2008-2009. Il apparaît que pour quatre cantons (BE, FR, VD, NE), le total des subsides baisse de manière conséquente en 2008, alors que les années précédentes, pour tous ces mêmes cantons, le total des subsides progressait, sauf quelques rares exceptions. Pour les quatre autres cantons, le montant a légèrement augmenté. Dès 2008-2009, les cantons, sauf Genève, augmentent le montant des subsides. Puis, cinq cantons (TI, VD, VS, GE et JU) disposent en 2009 du montant de subsides le plus élevé depuis 1996. Trois cantons (BE et FR et NE) reviennent en 2009 au niveau de subsides des années 2006-2007.

Tableau 3.8 : Variation des subsides fédéraux et cantonaux entre 2007 et 2009 (%)

	BE	FR	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Variation en pourcent des subsides fédéraux et cantonaux en 2008 par rapport à 2007	-9.3%	-9.7%	37.9%	-3.1%	2.5%	-13.4%	7.2%	1.5%
Variation en pourcent des subsides fédéraux et cantonaux en 2009 par rapport à 2008	0.3%	7.4%	2.3%	7%	1.9%	8.2%	-0.8%	1.5%

Sources : Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire.

Depuis 2008, la contribution de la Confédération suit l'évolution des coûts bruts de l'AOS. Dans un premier temps, le niveau de cette contribution n'est communiqué aux cantons qu'au mois d'octobre, ce qui engendre des difficultés pour les cantons dans l'établissement du budget destiné à la réduction des primes. Depuis 2010, l'OFSP livre un calcul prévisionnel au mois de mai, rendant plus aisé la préparation du budget cantonal. De plus, comme le relève un responsable cantonal de la réduction des primes « le système est plus insécurisant qu'avant ». Comme aucune précision n'existe dans la loi concernant le montant des subsides complémentaires des cantons, le budget peut potentiellement être réduit drastiquement sans que la loi ne l'empêche. Avec l'ancien système et la contrainte inscrite dans la LAMal, les subsides auraient augmenté pour tous les cantons. En ce sens, les responsables du canton de Berne relèvent que les moyens financiers à disposition ne peuvent pas suivre l'évolution des primes de

l'AOS. Les responsables du canton du Neuchâtel expliquent la baisse du total des subsides, en 2008, par le manque de moyens financiers du canton. Dès 2009, même si la contribution augmente, elle ne parvient pas à suivre l'évolution des coûts bruts de l'AOS.

Même si la RPT stabilise la contribution fédérale, le financement de la réduction des primes est plus sensible encore au niveau de la définition de la contribution cantonale. Or, celle-ci dépend des moyens financiers et de la volonté politique des cantons, puisqu'aucune indication légale n'est présente dans l'ordonnance, s'agissant d'un niveau minimum de contribution. Ainsi, il apparaît que les cantons de notre recherche ne se basent pas sur des critères précis et identiques pour évaluer le montant de leur contribution. Tous tentent de suivre l'évolution de la prime moyenne cantonale, mais la politique budgétaire générale et les moyens financiers disponibles par domaine d'action demeurent les critères prépondérants. Par exemple, l'office de l'assurance-maladie du canton de Neuchâtel élabore une douzaine de scénarii et choisit, en concertation avec le Conseil d'Etat, celui qui se rapproche le plus de la cible budgétaire prévue. La contribution du canton de Vaud est définie dans le cadre de la planification financière et des objectifs de politiques sociales. Le canton du Jura a fixé la progression des montants à 1,5% pour 2008 et 2009 puis de 2% en 2010. Enfin, le canton de Berne note que les moyens financiers à disposition ne suffisent pas à suivre l'évolution de la prime moyenne, d'autant que près de deux tiers des moyens sont d'emblée affectés aux bénéficiaires de prestations complémentaires et de l'aide sociale.

5. Les modèles cantonaux de réduction des primes

Suite à l'étude des ressources financières mises à disposition de la réduction des primes, sont étudiés dans cette partie les modèles appliqués par les cantons. D'abord, les modèles de réduction seront décrits, puis seront passés en revue quatre éléments centraux : les limites de revenu, le choix du revenu déterminant, les montants de la réduction et la détermination des ayants droit.

5.1. Les modèles

Il existe trois modèles principaux de réduction des primes : le modèle du pourcentage minimum, le modèle par palier et un modèle mixte, combinaison des deux précédents (Wyss & Knupfer, 2003). Les cantons étudiés dans la recherche appliquent le deuxième et le troisième modèles.

Le modèle par palier (classes de revenus)

Il se réfère à une limite de revenu fixe ouvrant le droit aux prestations. L'assuré, ou le ménage, se trouvant dans une catégorie de revenu donnant droit à des subsides reçoit un montant fixe pour la réduction des primes. Berne, Valais, Neuchâtel, Genève et Jura utilisent ce modèle. Le canton de Fribourg utilise également ce système, même si les classes ne sont pas définies par un montant fixe mais par des pourcentages du revenu déterminant inférieurs aux limites maximales (par exemple, moins de 15% inférieur, entre 15 et 29,99% inférieur, etc.). Ce modèle distingue des classes de revenu en fonction du revenu déterminant défini selon une méthode propre à chaque canton. Une réduction est attribuée à chaque classe. Elle diminue à mesure que les classes de revenus s'élèvent. Les désavantages de ce système relèvent de sa haute sensibilité aux effets de seuils. En effet, comme les classes représentent des fourchettes de revenus, des subventions équivalentes peuvent être versées à des revenus très différents. De même, lorsque deux revenus sont proches mais appartiennent à une classe différente, le

montant de la subvention varie considérablement. Le système est donc sensible aux effets de seuils entre les classes de revenu, mais aussi entre la dernière classe d'ayant droit et la sortie du système de réduction des primes. Les cantons confrontés à cette problématique ont, pour la plupart, pris des mesures pour atténuer, voire supprimer, ces effets de seuils. Cette gestion des effets de seuil ne sera pas analysée ici. Dans ce système, la rétribution de chaque classe est définie par un montant fixe (BE, GE, NE, JU). La prime de référence est parfois aussi utilisée pour calculer la subvention (VS, FR). L'avantage de cette dernière méthode est l'adaptation automatique du montant de la réduction à l'évolution de la prime moyenne.

Le modèle combinant les modèles de pourcentage et de palier

Le canton de Vaud fixe une limite maximale et minimale de revenu selon les catégories de personnes. Dans cette fourchette, la hauteur de la réduction de primes est calculée par une formule mathématique contenant un coefficient de progressivité de la courbe. L'avantage de ce système est l'atténuation des effets de seuils entre les limites maximales et minimales. Le canton du Tessin fixe quant à lui une limite minimale de revenu, en-dessous de laquelle le montant du subside est maximal, et une limite de revenu maximale au-delà de laquelle le droit au subside tombe. Entre les deux limites, une formule mathématique calcul le montant du subside. Le montant du subside décroît à mesure que le revenu augmente. Toutefois, comme le revenu déterminant est arrondi aux mille francs supérieurs, la dégressivité de la courbe n'est pas linéaire mais « en escalier ».

La marge de manœuvre des cantons étant totale dans le choix de l'architecture du système de réduction des primes, l'hétérogénéité des modèles choisis est très élevée. Ces diversités sont visibles dans plusieurs décisions centrales du système : le choix du revenu déterminant de référence, le choix des limites de revenus, le recensement des ayants droit ou encore le choix des montants des subventions. Pour chaque décision sera présenté un état des lieux des options choisies par les cantons de la recherche, en examinant leur cohérence par un choix d'indicateurs.

5.2. Décisions relatives à l'organisation du système

A. Revenu déterminant et fortune pris en compte

La réduction des primes est une prestation sous condition de ressource, comme l'aide sociale ou les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. Le droit à la réduction des primes est donc évalué en fonction de la situation économique spécifique de l'assuré et du ménage. Ainsi, dans tous les cantons, ce droit est calculé en fonction d'un revenu déterminant prenant en compte des éléments de fortune et de revenu. La loi fédérale ne fournit aucune indication sur le type de revenu et de fortune que les cantons doivent considérer.

Revenu déterminant et période de taxation

Selon l'art. 7 de la loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs (LHID), « le revenu » correspond à tous les revenus du contribuable, qu'ils soient uniques ou périodiques. Trois types de revenus peuvent être considérés : les revenus brut, net et imposable. Le revenu brut correspond à l'ensemble des revenus du contribuable. Le revenu net découle de la déduction des frais généraux (frais d'acquisition du revenu, de déplacement, de repas, professionnels ou encore de la déduction forfaitaire) et des déductions générales (charges sociales, assurance-maladie ou encore revenu du conjoint). Le revenu

imposable représente le revenu net après soustraction des déductions sociales (en rapport avec la situation familiale ou les personnes à charge, en rapport avec la maladie, l'impotence ou le veuvage). L'enjeu lié au choix de la définition du revenu déterminant et des déductions admises renvoie à la répartition des subventions disponibles, celle-ci devant être équitable entre les contribuables. Pour ce faire, les cantons doivent s'approcher au plus près de la réalité économique des contribuables.

Tableau 3.9 : Type de revenu déterminant et période de taxation, 2010

	Revenu déterminant 2010	Période de taxation pour les subsides de 2010
BE	Revenu net	2008
FR	Revenu net	2008
TI	Revenu imposable	2007
VD	Revenu net	2007
VS	Revenu net	2008
NE	Revenu effectif	2007
GE	Revenu déterminant unifié	2008
JU	Revenu imposable	2008

Neuchâtel utilise le revenu effectif (total du revenu et de la fortune) comme revenu déterminant. Le revenu net est la référence pour les cantons de Berne, Fribourg, Vaud et Valais. Le Jura et le Tessin appliquent le revenu imposable. Enfin, Genève se base sur le revenu déterminant unifié, utilisé pour évaluer le droit aux prestations cantonales. Ainsi, seuls le Jura et le Tessin calculent le revenu déterminant à partir du revenu imposable qui comprend les déductions sociales. Les autres cantons se fondent sur les montants intermédiaires, sans prendre en compte les déductions sociales.

Relevons que malgré une dénomination identique, le revenu net ou imposable ne reflète pas la même réalité selon les cantons. Les déductions admises sur le revenu brut diffèrent également. Le système fiscal de chaque canton génère un impact direct sur la réduction des primes, puisque qu'il détermine le « contenu » du revenu déterminant. Une étude de l'IEMS a montré que l'impact du système fiscal sur le système de réduction des primes était moins important que celui des législations cantonales d'assurance-maladie et que les variations sont relativement faibles au niveau du revenu fiscal de référence (Holly, 2000). Par contre les différences entre cantons résultent des déductions accordées sur le revenu de référence par les législations cantonales de l'assurance-maladie et des parts de fortune considérées. « Les variations augmentent lorsqu'il y a considération de la fortune et des déductions accordées selon les lois cantonales sur l'assurance-maladie » (Holly, 2000, p.34). Les différences de prise en considération de la fortune dans les législations cantonales seront présentées plus loin dans le rapport.

De plus, comme le montre le tableau ci-dessus, la période de taxation de référence varie également entre les cantons. Pour la plupart des cantons, 2008 est la période de référence pour le calcul de la réduction des en 2010, alors que pour trois cantons (TI, VD et NE), 2007 est la date de taxation retenue. Or, il va de soi que plus la période de taxation est récente, plus les données fiscales reflèteront la réalité économique des assurés concernés et plus le ciblage des ayants droit sera pertinent. Suite à la 2ème révision LAMal, les cantons sont d'ailleurs tenus (art. 65 al. 3) de prendre en considération les situations économiques et familiales les plus récentes pour l'octroi de subventions. Pour cette raison notamment, certains cantons ont développé un revenu déterminant moins étroitement dépendant du système fiscal. C'est le cas des cantons de Genève et, désormais, de ceux de Neuchâtel et du Tessin. Ce dernier, dans son nouveau système de réduction des primes entré en vigueur en 2012 délaisse le revenu imposable

pour le revenu disponible. Le canton souhaite établir le droit à la réduction des primes sur la base de critères de politique sociale plutôt que fiscaux. Soulignons que dans le régime des prestations complémentaires, la notion de revenu déterminant ne découle pas directement de la taxation fiscale, mais de la prise en compte d'un certain nombre d'éléments de revenus et de fortune décrits dans la loi (art. 11 LPC).

Prise en compte de la fortune

La fortune est une variable importante dans le calcul du revenu déterminant le droit aux subsides. Les cantons ont des conceptions différentes de la fortune et de son implication dans la définition d'assuré « économiquement » modeste. Tant le type de fortune considérée que les taux utilisés dans le calcul de la fraction de fortune et les déductions admises diffèrent d'un canton à l'autre. Trois types de fortune peuvent être considérés. La fortune brute, la fortune nette (fortune brute avec déductions des dettes) et la fortune imposable (fortune nette avec les déductions sociales et des dettes).

Tableau 3.10 : Part de fortune prise en compte

	Fortune prise en compte	Déductions sur la fortune prise en compte (selon les législations cantonales sur l'assurance-maladie)
BE	5 à 10% de la fortune nette (5% pour 2010). Pas de subsides pour les personnes dont la fortune brute dépasse 750'000 frs	17'000 frs de fortune par membre de la famille
FR	5% de la fortune imposable	-
TI	1/15 ^e de la fortune imposable supérieure à 150'000 frs (personnes seules) et 200'000 frs pour les familles (également monoparentales)	Pas de déduction, mais les dettes et les déductions sociales sont déduites au niveau de la fortune imposable
VD	5% de la fortune imposable supérieure au montant fixé par le Conseil d'Etat (2010, dépassant 50'000 frs/pers. et 10'000 frs/couple)	10'000 frs pour un enfant, 16'000 frs pour deux enfants, etc.
VS	5% de la fortune nette revalorisée. Les bâtiments privés sont revalorisés à 145% après 100'000 frs (les premiers 100'000 frs pas revalorisés et pris en compte à la valeur fiscale). Pas de droit aux subventions pour les fortunes dépassant 1'000'000 frs	Dettes fiscales et déductions forfaitaires. Calcul de la déduction forfaitaire: 10% du rendement brut des loyers ou de la valeur locative déterminante pour l'impôt sur le revenu, si l'âge du bâtiment au début de la période fiscale est inférieur ou égal à 10 ans ; 20% si l'âge du bâtiment au début de la période fiscale est supérieur à 10 ans
NE	1/10 ^{ème} (10%) de la fortune nette totale	6'000 frs pour une personne seule 9'000 frs pour un couple 5'000 frs pour chaque enfant mineur à charge
GE	1/15 ^e de la fortune nette	Dettes chirographaires et hypothécaires, passifs et découverts commerciaux, etc. (art.7 LRD)
JU	Jusqu'à 5% de la fortune imposable taxée définitivement (en 2010 3% de la fortune imposable taxée définitivement)	

Les cantons de Berne, Neuchâtel et Genève prennent en considération respectivement 5%, 10% et 1/15ème de la fortune nette, sans les déductions sociales. Le Valais tient compte de 5% de la fortune revalorisée. Le Tessin tient compte du 1/15ème de la fortune imposable dépassant des limites élevées (entre 150'000 frs pour une personne seule et 200'000 frs pour un couple). Vaud retient 5% de la fortune imposable supérieure à des limites maximales bien moins élevées que celles du Tessin (entre 10'000 frs pour une personne seule et 50'000 frs pour un couple). Enfin, Fribourg et le Jura considèrent les 5% de la fortune imposable.

La prise en compte d'une part de la fortune de même que l'exclusion du droit à la réduction des primes des assurés dépassant une limite maximale de fortune permet de garantir une équité entre les assurés et éviter qu'un assuré au revenu modeste mais avec une fortune conséquente ne bénéficie de réduction de primes. Dans ce contexte, le canton de Vaud comme celui de Neuchâtel relèvent la problématique d'assurés, souvent à la retraite, disposant d'une rente vieillesse faible et d'une maison et qui, malgré leur faible revenu n'ont pas de droit à la réduction des primes en raison de leur fortune immobilière. Des questions se posent. Est-ce le rôle de l'Etat d'allouer des subsides à des personnes possédant une fortune ? Doivent-elles trouver les moyens pour réaliser cette fortune afin d'assumer le financement de leurs primes ? Le choix du type de prise en compte de la fortune sous-tend donc des enjeux d'équité. Comme le relève Holly : « la fortune est une variable qui explique une partie importante de la différence de traitement d'un canton à l'autre. Elle conduit à des allocations inégales pour des profils de ménages semblables » (Holly, 2000, p.35). Selon cet auteur, la prise en compte de la situation familiale accentue encore les différences entre cantons.

B. Les limites de revenu

Contrairement à d'autres régimes sociaux, notamment celui des prestations complémentaires, les limites de revenu donnant droit à la réduction des primes ne sont pas définies au niveau national. Dans les régimes des prestations complémentaires, la loi établit les limites des revenus déterminants avec une liste des types de revenus reconnus (art. 11, al. 1 LPC), les limites des dépenses reconnues (art. 10, al. 1 LPC), et les frais de maladie et d'invalidité (art.14, al. 3 et 4). L'ouverture du droit ne dépend pas uniquement d'une limite de revenu mais encore de l'écart entre les revenus déterminants et les dépenses reconnues. Lorsque ces dernières excèdent les revenus déterminants, le montant de la prestation correspond à la différence. Dans le système de réduction des primes, par contre, chaque canton détermine ses propres limites de revenu.

Selon les modèles choisis par les cantons, le nombre de classes diffère. En 2010, les cantons de Berne et Fribourg disposent d'un système à quatre classes de revenu, Genève à trois classes, Neuchâtel à cinq classes, Valais à sept classes, alors que le Canton de Vaud fixe deux paliers (minimum et maximum) et le Jura une limite maximale. Pour la mise en œuvre de l'objectif de politique familiale, certains cantons ont en outre déterminé des limites de revenu spéciales pour les enfants et les jeunes adultes en formation. Le tableau ci-dessous résume les choix opérés pour chaque canton.

Le tableau suivant permet de relever l'extrême diversité des modèles cantonaux de réduction des primes (système de classes de revenu, de plafond et plancher, nombre de classes, etc.). Hormis l'hétérogénéité des modèles, on observe que quatre cantons (VD, NE, GE et JU) ont institué des classes de revenu spéciales en lien avec l'introduction de l'objectif de politique familiale (art. 65, al. 1bis LAMal, selon lequel « pour les bas et les moyens revenus, les cantons réduisent de 50% au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation »). Ces cantons disposent d'une classe spéciale pour les « moyens » revenus donnant accès au subside uniquement aux enfants et aux jeunes adultes en formation du ménage concerné. Berne, Fribourg et Valais n'ont pas de classe de revenu spéciale. Le Tessin dispose depuis 1998 d'une classe spéciale ne donnant droit à la réduction des primes qu'aux enfants de la famille.

Tableau 3.11 : Classes de revenu par canton (nombre, classe spéciale objectif de politique sociale, suppression/ajout de classe), 2010

	Nombre de classes de revenus	Classe spéciale pour objectif de politique familiale	Suppression/ajout de classes de revenu entre 1998 et 2010
BE	4 limites de revenu	-	Dès 2007, introduction de la 4 ^{ème} limite de revenu
FR	4 limites de revenu	-	-
TI	1 palier	Une classe spéciale existe pour les familles ne bénéficiant pas de la réduction des primes mais dont le revenu déterminant est compris entre 34'001.- et 65'000.- (réduction des primes que pour les enfants).	<i>Système sans classe de revenu</i>
VD	2 paliers (maximum et minimum)	Pour les enfants et les jeunes adultes en formation : 3 limites (minimal, intermédiaire et maximale). De la limite intermédiaire à la limite supérieure, subside uniquement pour les enfants et les jeunes adultes en formation.	<i>Système sans classe de revenu</i>
VS	7 classes de revenu	-	Jusqu'en 2003 : 5 classes de revenus
NE	5 classes de revenu	Une 6 ^{ème} classe dite « OSL » (objectif social LAMal) – subside uniquement pour les enfants et les jeunes adultes en formation.	2006 : suppression de la 4 ^{ème} classe, puis réintroduction en 2008. 2009 : création d'une 5 ^{ème} classe.
GE	3 classes de revenu (A, B et C)	Classe spéciale « D » divisée en D1, D2 et D3 – subside uniquement pour les enfants et les jeunes adultes en formation.	
JU	1 limite maximale (ensuite par tranches de 1'000 frs)	2 ^{ème} limite maximale – subside uniquement pour les enfants et les jeunes adultes en formation.	

Adaptations des limites supérieures de revenu

Une adaptation régulière des limites de revenu à l'évolution de l'indice des salaires nominaux et de l'indice des prix à la consommation doit assurer la cohérence du système de réduction des primes avec son objectif, le soutien des assurés de condition économique modeste. En effet, les revenus déterminants définis par les cantons correspondent aux dernières taxations fiscales dont l'année de référence ne coïncide pas avec celle de l'octroi des subsides. Ainsi, des assurés peuvent perdre leur droit à la réduction des primes du simple fait que les limites de revenu ne sont pas indexées entre les périodes de taxation. Le tableau ci-dessous répertorie le nombre d'adaptations des limites supérieures⁴¹ de revenu, entre 1998 et 2010, pour les personnes seules et les couples sans enfant. L'augmentation, en francs, des limites supérieures de revenu, entre 2008 et 2010, pour ces catégories apparaît également.

⁴¹ Les cantons réalisent également des adaptations des différentes classes de revenus. Or, pour l'exemple, nous n'analysons que les adaptations des limites supérieures de revenu.

Tableau 3.12 : Adaptations des limites de revenu entre 1998⁴² et 2010 pour personne seule ou couple sans enfant

	Nombre d'adaptations de la limite supérieure de revenu pour <i>personne seule</i> entre 1998 et 2010	Augmentation en frs de la limite supérieure de revenu pour <i>personne seule</i> entre 1998 et 2010	Nombre d'adaptations de la limite supérieure de revenu <i>pour couple</i> entre 1998 et 2010	Augmentation en frs de la limite supérieure de revenu <i>pour couple</i> entre 1998 et 2010	Remarques
BE	2 (2002, 2007)	1'100	4 (1999, 2002, 2004, 2007)	5'300	En 2007, baisse de 2'000 frs des limites pour les couples.
FR	6 (1998, 1999, 2003, 2006, 2008, 2009)	4'500	4 (1998, 1999, 2003, 2006)	4'400	
TI	3 (2006, 2010, 2011)	6'000	3 (2006, 2010, 2011)	6'000	
VD	3 (2001, 2008, 2010)	3'500	4 (2001, 2008, 2009, 2010)	11'000	
VS	6 (1999, 2002, 2006, 2007, 2008, 2009)	7'300	6 (1999, 2002, 2006, 2007, 2008, 2009)	10'950	En 2007, baisse de 2'000 frs des limites pour les personnes seules et de 3'000 frs pour les couples. Rétablissement en 2008.
NE	6 (2001, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009)	-700	6 (2001, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009)	-500	En 2006, baisse de 7'000 frs des limites pour les personnes seules et de 10'800 frs pour les couples. Passage de 5 à 3 classes de revenu. Rétablissement les années suivantes.
GE	2 (2006, 2007)	3'000	2 (2006, 2007)	11'000	En 2006, baisse de 5'000 frs des limites pour les personnes seules et les couples. En 2007 introduction du RDU.
JU	0	0	0	0	En 2007, création d'une limite maximale spéciale donnant droit uniquement à des réductions pour enfants et jeunes adultes.

Sources : Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire (1998-2007) et tableaux de réduction des primes (CDS)

Cette synthèse illustre combien les adaptations des limites de revenu en termes de fréquence ou de montants diffèrent selon les cantons. Certains adaptent régulièrement leurs limites (FR, VS, NE), d'autres pas durant une longue période (VD, GE, BE, JU). L'augmentation des limites supérieures de revenu, en francs, entre 1998 et 2010, s'échelonne entre -700 frs et +7'300 frs pour les personnes seules et entre -500 frs et +11'000 frs pour les couples. Les cantons indiquent que les adaptations des limites de revenu, leur fréquence et les critères d'adaptation ne sont pas instaurés de manière régulière et systématique et qu'il n'existe souvent pas de critères rigoureux sous-tendant leur adaptation ou non. L'adaptation des limites de revenu à l'augmentation du salaire nominal, à l'évolution de la prime moyenne cantonale ou encore à l'évolution économique est une des raisons évoquées par les cantons pour légitimer sa pertinence. Très clairement, la politique budgétaire des cantons ou le nombre de bénéficiaires intégraux de la réduction des primes sont les éléments supplantant les autres critères dans le choix des adaptations des limites supérieures de revenu.

⁴² L'année 1998 est choisie comme référence. Les données de 1996 et 1997 ne sont pas disponibles pour tous les cantons.

Ainsi le canton de Berne relève : « Beim maximalbetrag des massgebenden Einkommens wurden Anpassungen vorgenommen, um dem Anstieg der Nominallohne und den daraus resultierenden Verlust an anspruchsberechtigten personen zu korrigieren ». Pour autant, « Die Einkommenslimiten werden nicht in einem bestimmten Rhythmus angepasst ». Le canton de Fribourg adapte ses limites chaque deux ou trois ans selon l'évolution économique et sociale du canton. Le canton du Valais fixe dans son ordonnance trois critères pour l'adaptation des limites de revenus (Ordonnance du 19 janvier 2005): les moyens financiers à disposition, la législation sur les prestations complémentaires à l'AVS et l'AI et la situation familiale des personnes concernées. Le Valais a surtout pour but, année après année, de suivre l'évolution de la prime moyenne par l'adaptation des limites de revenu. Pour ce canton, les adaptations à la prime moyenne sont davantage réalisées au niveau des limites de revenus qu'à celui des montants définis en pourcentage de la prime moyenne cantonale. Vaud évoque l'importance de l'adaptation des limites de revenu à l'indice des prix à la consommation. La situation vaudoise montre que l'adaptation des limites de revenus ne relève pas d'une approche systématique. Ce canton n'a en effet pas augmenté ses limites de revenu entre 2001 et 2007. Un rapport du conseil d'Etat explique que les limites supérieures de revenu n'ont pas été adaptées durant cette période alors que l'indice des prix à la consommation a crû de plus de 8% selon l'OFS (Conseil d'Etat du canton de Vaud, 2008). Cela explique la baisse du nombre de bénéficiaires de subventions durant cette période. Le canton a adapté ses limites de revenu en 2008 et en 2009 pour éviter que des bénéficiaires de subsides partiels ne perdent leur droit en raison d'une non adaptation des limites de revenu à l'indexation des salaires. Le rapport mentionne que « pour autant que sa politique budgétaire le lui permette, le Conseil d'Etat continuera à augmenter ces limites de revenu afin de suivre l'évolution en cours en matière salariale et fiscale ».

Le cas du canton de Neuchâtel illustre également l'impact de la politique budgétaire cantonale sur l'adaptation des limites de revenu. Neuchâtel a réduit ses limites supérieures de revenu en 2004 et 2006. Les restrictions budgétaires, en 2006, ont entraîné la suppression de deux classes de revenu : par exemple, pour les adultes sans enfant, la limite supérieure passe de 36'000 frs en 2005 à 28'800 frs en 2006. Une telle suppression se répercute sur le cercle des bénéficiaires. Ainsi, le taux de bénéficiaires s'élevant à 29,2%⁴³ en 2005 s'est réduit de 8,5 points pour atteindre 20,7% en 2006. Le canton du Jura relève au sujet des limites de revenu qu'« elles sont rarement adaptées (adaptation uniquement en 1997 avec un passage de 30'999 frs à 32'999 frs), car l'augmentation des primes, plus importante que l'augmentation de l'enveloppe des subsides, ne permet pas d'adaptation ». Le canton du Jura n'a jamais modifié ses limites supérieures de revenus. Le canton de Genève relève encore que les limites de revenu fixées par le Conseil d'Etat dépendent du budget à disposition du service de l'assurance-maladie, qui doit tenir compte des subsides visant à la réduction des primes et de la prise en charge du contentieux des assurés à revenus modestes.

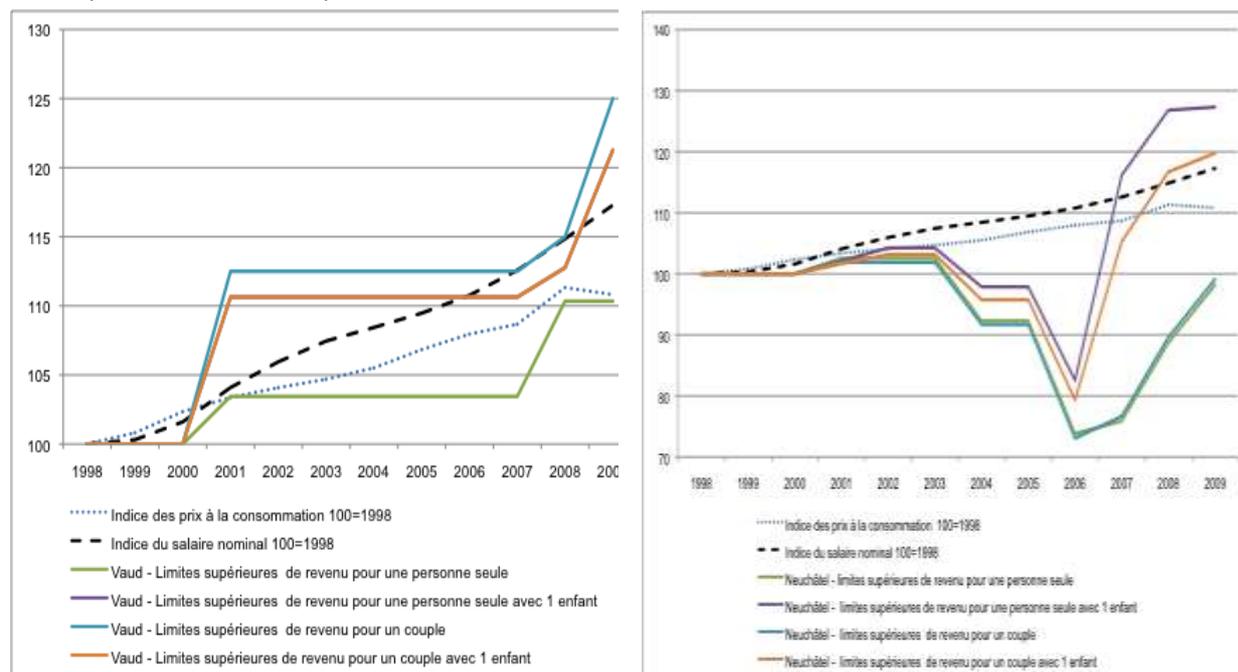
Ainsi, les différents cantons ne disposent pas de critères établis et contraignants concernant l'adaptation des limites de revenu. Concrètement, dans les différents cantons sous revue, le service de l'administration en charge de la réduction des primes établit des scénarios pour l'année suivante (sur le nombre des bénéficiaires selon les catégories, sur les montants des réductions et les limites de revenu). Le Conseil d'Etat choisit ensuite le scénario le plus en adéquation avec les moyens financiers à disposition. Or, lorsque les limites supérieures de revenu ne sont pas adaptées à l'évolution des salaires, à l'indice des prix à la consommation, une partie des bénéficiaires de subsides risque de perdre le droit d'éligibilité à cette prestation. Les comparaisons de l'évolution du salaire nominal au niveau suisse et de

⁴³ Chiffres issus de la statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2005 et 2006

l'évolution de l'indice des prix à la consommation en comparaison à l'évolution des limites de revenu permettent d'éclairer les différents éléments évoqués.

Sont présentées ci-dessous deux illustrations correspondant aux cantons de Vaud et Neuchâtel. Le cas du canton de Vaud montre la non adaptation des limites de revenu de 2001 à 2007, alors même que les indices des salaires nominaux et des prix à la consommation progressent. La situation de Neuchâtel représente les fortes baisses des limites de revenu entre 2004 et 2006 puis le rattrapage effectué les années suivantes.

Figure 3.5 : Evolution des prix à la consommation, du salaire nominal et des limites supérieures de revenu, années 1998-2009, cantons de Vaud et Neuchâtel



L'analyse des graphiques des différents cantons (annexe 3) confirme les éléments évoqués précédemment. Les adaptations des limites supérieures de revenu sont fortement hétérogènes entre les cantons, tant au niveau des montants des adaptations, que de leur fréquence et de leur systématique. Hormis le canton de Fribourg, où les adaptations sont régulières, celles des autres cantons se réalisent par « à coup ». La politique budgétaire, l'évaluation du nombre de bénéficiaires potentiels, les montants mis à disposition par la Confédération ou l'évolution de la prime moyenne supplantent les critères d'adaptation à l'évolution des indices des prix à la consommation ou des salaires nominaux.

C. Détermination du montant des subsides

La détermination des montants des subsides destinés aux assurés économiquement modestes constitue une autre décision clé du système de réduction des primes. Les montants de réduction varient selon les cantons et résultent d'un choix politique, eu égard notamment aux catégories d'assurés à privilégier et de l'allègement souhaité de la charge des primes par assuré. Seront analysées ci-après les pratiques cantonales, celles concernant les jeunes adultes, les bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI et les bénéficiaires de l'aide sociale. Les choix cantonaux concernant les primes moyennes

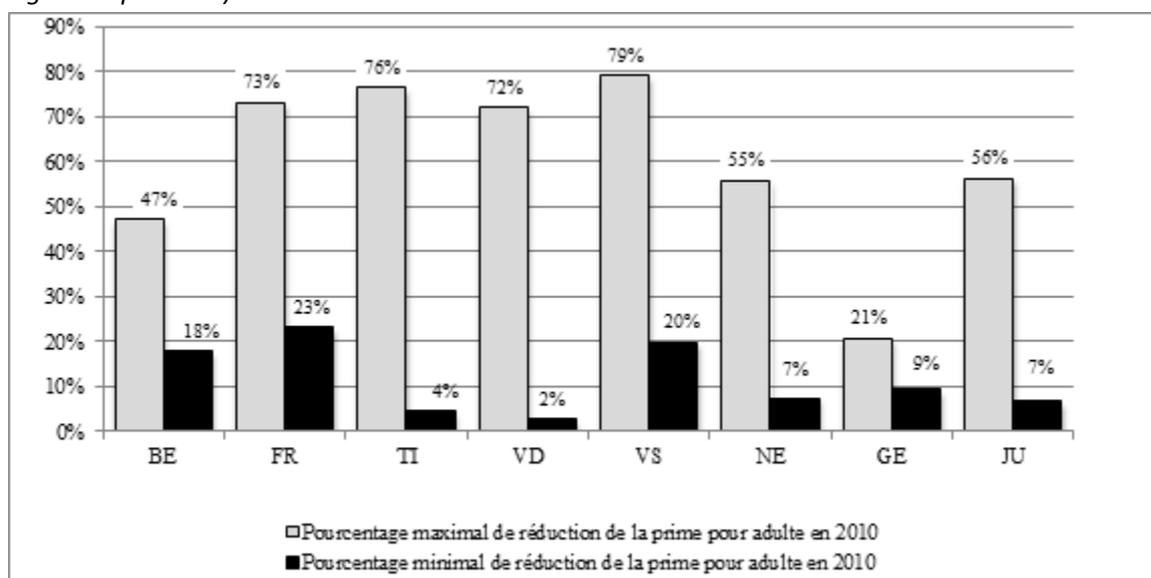
de référence seront également exposés. Enfin, l'adaptation des montants de réduction sera mise en perspective de l'évolution de la prime moyenne.

Montants de réduction : différences cantonales

Deux exemples illustrent les stratégies cantonales en matière de fixation du montant des subsides des bénéficiaires. Le premier met en rapport les montants maximaux et minimaux de subventions accordées par un canton pour un assuré adulte avec la prime moyenne correspondante pour l'année 2010. Le second, issu des données du monitoring réalisé par l'institut Interface, expose les différences de montants pour la réduction des primes d'une famille avec deux enfants, d'une famille monoparentale et d'une famille avec un jeune adulte et un enfant.

Le graphique ci-dessous représente les pourcentages maximaux et minimaux de réduction de la prime moyenne pour adulte en 2010. Les différences sont réelles tant au niveau des pourcentages minimaux que maximaux. Quatre cantons ont un allègement situé en-dessous des 10% de la prime moyenne, alors que trois cantons ont un allègement situé entre 18 et 21%. Les différences sont également importantes au niveau des pourcentages d'allègement maximaux, qui s'échelonnent de 21% à Genève à 79% en Valais. On y voit donc les choix politiques différents qui sont opérés. Ainsi, le canton de Genève privilégie un nombre de bénéficiaires élevé et des montants de réduction plus faibles, alors que le canton de Vaud opte pour une politique inverse.

Figure 3.6 : Pourcentages minimaux et maximaux de réduction de la prime pour adulte par canton (2010, région de primes 1)



Sources : Primes moyennes, ordonnance DFI relative aux primes moyennes 2010 pour le calcul des PC

Le monitoring de l'institut Interface exprime les différences de montants de réduction de primes pour des types de famille semblables (Balthasar, Bieri & Gysin, 2007). Ci-dessous sont exposées les primes de l'assurance-maladie et leur réduction par canton pour une famille⁴⁴, pour une famille avec un jeune

⁴⁴ Famille monoparentale avec deux enfants (3,5 et 5 ans. Revenu brut 60'000 Frs)

adulte et un enfant⁴⁵ et pour une famille avec deux enfants⁴⁶ aux caractéristiques de revenus semblables.

Tableau 3.13 : Monitoring de la réduction des primes 2007

	BE	FR	TI	VD	VS	NE	GE	JU	CH
Famille monoparentale avec 2 enfants (revenu brut : 60'000 Frs)									
Revenu net soumis à l'impôt fédéral	58370	60050	58922	58850	60770	58850	59330	60026	59207
Prime assurance-maladie	6152	5239	6312	6797	4645	6160	7252	5742	5110
Réduction de primes	1932	1757	1976	1764	2424	1032	3120	1620	1125
% de prime réduite	31.4%	33.5%	31.3%	26.0%	52.2%	16.8%	43.0%	28.2%	22.0%
Prime effective	4220	3482	4336	5033	2221	5128	4132	4122	3885
Famille avec jeune adulte et un enfant (revenu brut : 70'000 Frs)									
Revenu net soumis à l'impôt fédéral	67985	70385	67817	68585	70865	68705	66065	69569	68349
Prime assurance-maladie	12884	11047	13260	14261	9745	13204	15304	12186	10703
Réduction de primes	4020	3669	2687	2436	3946	2352	4752	2580	3991
% de prime réduite	31.2%	33.2%	20.3%	17.1%	40.5%	17.8%	31.1%	21.2%	37.3%
Prime effective	8864	7378	10573	11825	5799	10852	10552	9606	6713
Famille avec deux enfants (revenu brut : 70'000 Frs)									
Revenu net soumis à l'impôt fédéral	67265	68945	67817	67745	69665	67745	68225	68921	68102
Prime assurance-maladie	10496	8911	10776	11525	7885	10564	12340	9774	8707
Réduction de primes	2952	2601	1494	1152	2746	1032	3840	1440	2478
% de prime réduite	28.1%	29.2%	13.9%	10.0%	34.8%	9.8%	31.1%	14.7%	28.5%
Prime effective	7544	6310	9282	10373	5139	9532	8500	8334	6229

La diversité des montants des primes de l'assurance-maladie et de leur réduction pour un même type de famille entre les cantons est importante. Le pourcentage de réduction de la prime d'assurance-maladie, dans le cas de la famille avec deux enfants, s'échelonne de 10,0% pour Vaud à 34,8% pour le Valais. La moyenne se situe à 21,5%. Pour tous les cantons, le pourcentage de réduction le plus élevé concerne la famille monoparentale. Berne et Fribourg ont des pourcentages de réduction de primes, pour les trois types de familles, relativement proches. Par contre, les autres cantons ont des pourcentages de réduction de primes bien plus élevés pour la famille monoparentale que pour la famille avec deux enfants (différence de 7 points de pourcent pour Neuchâtel à 17 points de pourcent pour le Tessin et pour le Valais).

Réduction pour les jeunes adultes

Suite à l'introduction de l'objectif de politique familiale (réduction de 50% au minimum des primes des enfants et des jeunes adultes en formation pour les bas et moyens revenus), les cantons sous revue ont modifié leurs législations et adapté les montants des réductions des primes des enfants et des jeunes adultes lorsqu'elles étaient inférieures à 50% de la prime moyenne. Rappelons que l'objectif familial d'une réduction d'au moins 50% de la prime moyenne est à considérer comme une prescription minimale.

⁴⁵ Famille avec un jeune adulte et un enfant (16 et 20 ans. Revenu brut 70'000 Frs)

⁴⁶ Famille avec deux enfants (3.5 et 5 ans. Revenu brut de 70'000 Frs)

Le canton de Berne accorde une réduction d'au moins 50% de la prime calculée sur la base de la prime moyenne exigée des jeunes adultes l'année précédente par les vingt assureurs les moins chers dans la région de prime où est domiciliée la famille. Les cantons de Fribourg, Neuchâtel et Jura subsidient les primes des jeunes adultes en formation et des enfants au moins à hauteur de la prime moyenne du DFI. Le canton du Valais subsidie ces mêmes assurés au moins à 50% de la prime moyenne de référence établie par le canton. Celui de Genève subsidie la moitié de la prime moyenne cantonale pour jeunes adultes, qu'ils soient en formation ou non. Pour les enfants, les primes sont subsidiées quasi intégralement, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Suite à l'introduction de l'art. 65a LAMal, la pratique envers les enfants n'a pas été modifiée. Le canton de Vaud a élevé les subsides pour les enfants et les jeunes adultes dès 2006 à au moins 50% de la prime moyenne. En outre, afin de réduire les effets de seuil, il a introduit pour les revenus intermédiaires, compris entre 51'000 frs et 65'000 frs, un subside minimal de 10 frs pour les enfants au lieu de supprimer complètement le subside pour cette catégorie de revenu. Le canton du Tessin subsidie entièrement les primes des jeunes adultes en formation jusqu'à un revenu des parents de 30'000 frs. La réduction diminue graduellement jusqu'à un revenu des parents de 55'000 frs. Dans ce cas, la réduction s'élève à 50% de la prime moyenne cantonale pondérée.

Ainsi, outre la latitude dans le choix de la prime de référence et des pratiques plus généreuses, tous les cantons s'appliquent à remplir l'objectif d'une réduction de 50% de la prime moyenne des enfants et des jeunes adultes en formation.

Réduction pour bénéficiaires PC AVS-AI et aide sociale

Tous les cantons subsidient les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, conformément à la loi sur les prestations complémentaires (LPC), à hauteur de la prime moyenne cantonale (ou régionale) fixée par le DFI. Le canton de Fribourg réduit les primes des bénéficiaires de prestations complémentaires au niveau du forfait accordé pour l'assurance-maladie dans le cadre des prestations complémentaires. Les primes de l'AOS sont prises en compte dans le calcul des dépenses pour un montant forfaitaire correspondant aux primes moyennes cantonales. Elles sont comprises dans le montant de la prestation complémentaire et le bénéficiaire s'acquitte lui-même de ses primes auprès de son assureur.

S'agissant des bénéficiaires de l'aide sociale, dans les cantons de Fribourg, Jura, Valais et Neuchâtel ils sont subsidiés à hauteur de la prime moyenne fixée par le DFI. Le Valais arrête un montant forfaitaire annuel. Les bénéficiaires de l'Hospice général, à Genève, obtiennent le subside partiel maximum augmenté d'un complément permettant de couvrir le solde de la prime de l'AOS. Berne intervient à hauteur de la réduction ordinaire maximale et offre un montant supplémentaire pour couvrir la prime totale jusqu'à la fin de l'année. Ensuite les bénéficiaires reçoivent une réduction de primes équivalente à la couverture intégrale des primes des vingt caisses-maladie les moins chères. Le canton de Vaud subsidie les bénéficiaires du revenu d'insertion à hauteur d'une prime moyenne de référence inférieure à la prime fixée par le DFI (voir ci-dessous). Enfin, les bénéficiaires de l'aide sociale du Tessin sont soumis aux mêmes règles que les ayants droit ordinaires.

Choix de la prime moyenne de référence

Tous les cantons utilisent dans le cadre de leur système de réduction une prime moyenne de référence. Certains cantons (VS, FR, JU, TI) calculent la réduction destinée aux bénéficiaires ordinaires en pourcentage d'une prime de référence. D'autres utilisent une prime moyenne de référence pour le

calcul de la subvention des personnes au bénéfice de l'aide sociale (revenu d'insertion, autres). Enfin, selon la législation sur les prestations complémentaires, tous les cantons sont obligés de subsidier les primes des bénéficiaires de prestations complémentaires à hauteur de la prime moyenne cantonale ou régionale fixées par le DFI (Art. 10, 3, d LPC et art. 54a OPC-AVS/AI).

La possibilité pour les cantons de choisir leur prime moyenne de référence, hormis pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, est un autre enjeu essentiel du système de réduction des primes. En effet, le choix de la prime moyenne cantonale fixée par le DFI ou d'une prime cantonale de référence inférieure exerce une influence directe sur le montant total alloué par un canton. Dans le cas des subventions aux bénéficiaires de l'aide sociale, cette influence est d'autant plus grande qu'il s'agit de bénéficiaires recevant une subvention équivalente à la prime de référence choisie.

Tableau 3.14 : Primes moyennes pour subsides ordinaire et bénéficiaires de PC (AVS, AI) et de l'aide sociale, par canton

	Prime moyenne pour subsides ordinaires	Prime moyenne pour bénéficiaires aide sociale, RI, Hospice
BE	-	Prime moyenne fixée par le DFI
FR	Prime moyenne fixée par le DFI	Prime moyenne fixée par le DFI
TI	Moyenne pondérée des primes cantonales si inférieure à la prime moyenne du DFI (ou « prime de référence »)	Aide sociale : prime de référence et PC: prime effective
VD	-	Prime inférieure à la prime du DFI
VS	Prime selon une moyenne des primes des assureurs valaisans	Prime moyenne fixée par le DFI
NE	-	Prime moyenne fixée par le DFI
GE	-	Prime moyenne fixée par le DFI
JU	Prime moyenne = prime la plus avantageuse du canton	Prime moyenne fixée par le DFI

Parmi les cantons utilisant la prime moyenne pour calculer la subvention de tous les assurés, certains choisissent leur propre prime moyenne de référence, d'autres choisissent la prime du DFI définie pour les prestations complémentaires (Ordonnance du DFI, 2010). Le Valais calcule sa propre prime moyenne cantonale sur la base d'une moyenne des primes fixées par les assureurs du canton, notamment dans le but de responsabiliser individuellement les assurés qui, au besoin, doivent entreprendre de changer d'assureurs-maladie conformément au principe de la concurrence entre assureurs souhaitée dans la LAMal. Le Jura choisit comme prime moyenne, la prime de l'assureur maladie qui offre sur l'ensemble du territoire cantonal la prime la plus avantageuse. Finalement, Fribourg est le seul canton à choisir la prime moyenne fixée par le DFI arguant qu'elle « reflète mieux la réalité cantonale ».

Tous les cantons choisissent une prime moyenne pour les assurés bénéficiaires de l'aide sociale. La prime moyenne du DFI est utilisée par tous les cantons comme référence pour les subsides des bénéficiaires de l'aide sociale. Le Tessin se base sur une moyenne pondérée des primes d'assurance-maladie cantonales. Genève considère que « prendre pour référence la prime la plus basse ne serait pas significatif pour le canton de Genève, en raison des très grandes disparités de primes ». Neuchâtel souligne qu'il serait faux de considérer une autre prime que celle fixée par le DFI en prenant l'exemple d'un bénéficiaire de l'aide sociale ayant des arriérés de paiement et qui n'aurait pas la possibilité selon la LAMal de changer de caisse-maladie même lorsque sa prime est plus élevée que la prime de référence. Or, si l'assuré concerné ne parvient plus à s'acquitter de ses primes et que la problématique doit relever en dernier lieu du contentieux, les frais s'en trouveraient finalement plus élevés pour le canton. Seul le canton de Vaud définit une prime moyenne spécifique pour les bénéficiaires du revenu d'insertion (RI). Une prime de référence inférieure à la prime moyenne de DFI est fixée de sorte qu'au

moins quatre assureurs offrent des primes inférieures à la prime moyenne. Les bénéficiaires du RI sont ensuite incités à changer de caisses. Dans cette démarche, ils sont soutenus par les centres sociaux régionaux dans leurs démarches. Le but de ce choix est l'économie de subsides.

Adaptation des montants

La marge de manœuvre octroyée aux cantons dans l'organisation du système étant quasiment totale, les différences exposées dans les paragraphes précédents ne peuvent être qualifiées d'emblée comme étant des incohérences. Il est en effet difficile d'évaluer la cohérence, l'adéquation du niveau des montants des subsides avec l'effet d'allègement souhaité, ce dernier n'étant fixé ni au niveau fédéral ni au niveau cantonal. Cependant, les cantons interrogés ont évoqué un certain nombre de critères présidant à l'adaptation des montants de réduction qui sont exposés et comparés ci-après.

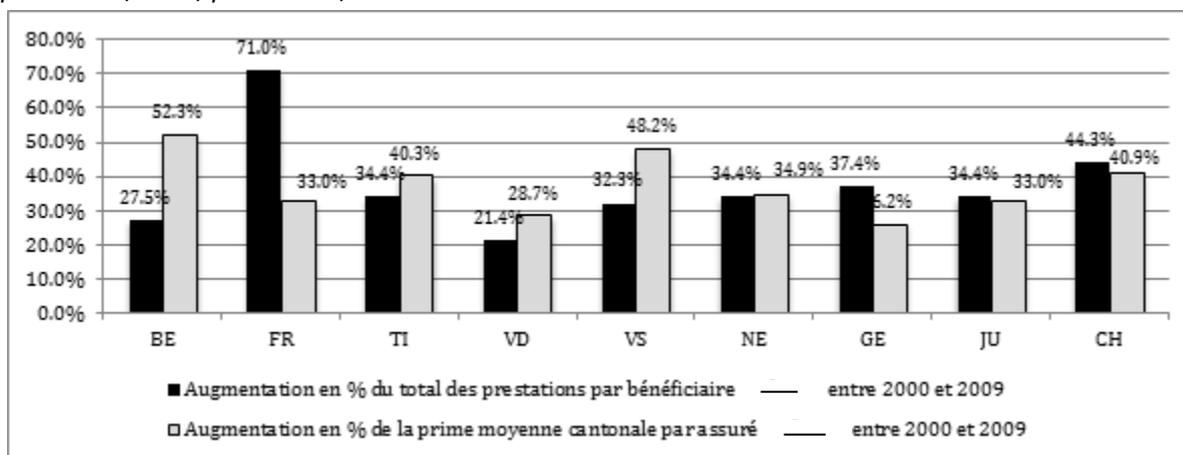
Le canton de Genève souligne que « les montants des subsides sont fixés par le Conseil d'Etat selon les priorités politiques, le budget à disposition et sur la base de simulations réalisées par le service de l'assurance-maladie. L'objectif est d'aboutir à un équilibre adéquat entre les trois composantes du budget géré par le service de l'assurance-maladie, à savoir les réductions individuelles de primes, la prise en charge des primes des assurés sociaux et celle du contentieux des assurés à revenus modestes. Les deux derniers éléments prenant toujours davantage d'importance et étant «incontournables», ils ont un impact sur le montant du budget destiné à la réduction des primes ». Le Jura réévalue les montants des réductions « chaque année au mois d'octobre en fonction des montants disponibles pour l'année suivante ». Fribourg calcule les subsides par rapport aux primes moyennes annuelles fixées par le DFI. Ensuite, le législateur fixe les taux et les barèmes dans l'ordonnance cantonale d'après les simulations effectuées. Vaud calcule ses subsides à l'aide d'un coefficient de progressivité de la courbe. Depuis 2002, ce coefficient est passé de 1.2 à 2.3. Or, plus le coefficient est élevé moins les montants des réductions sont élevés entre les limites maximales et minimales. Le but du canton pour les prochaines années consiste à ne plus modifier le coefficient de la courbe pour ne pas abaisser encore les montants des réductions. La question de l'adéquation des montants pour les cantons du Valais et de Fribourg ne se pose pas dans les mêmes termes que pour les autres cantons, puisque les montants sont calculés avec des pourcentages fixes (déterminés pour chaque palier de revenu) de la prime moyenne de référence. Les adaptations sont donc automatiques.

Adaptation à l'évolution de la prime moyenne

Si les disparités des moyens alloués à la réduction des primes entre cantons relèvent certes de questions d'équité territoriale, elles ne peuvent cependant être qualifiées d'incohérentes, car les cantons sont autonomes dans leurs choix, qui dépendent des orientations et priorités politiques de subventionnement qu'ils opèrent. Pour autant, quels que soient les modèles cantonaux, pour que le montant de la réduction des primes soit en adéquation avec l'objectif d'une réduction des primes comprise comme le corrélatif de la prime par tête, alors les montants attribués aux bénéficiaires doivent suivre, dans une certaine mesure, l'évolution de la prime moyenne correspondante. Le graphique ci-dessous représente les augmentations respectives du total des prestations par bénéficiaire et de la prime moyenne cantonale par assuré, entre 2000 et 2009. De grandes disparités apparaissent entre les cantons. L'augmentation des prestations par bénéficiaire en francs est supérieure à celle de la prime moyenne par assuré dans les cantons de Fribourg et de Genève. Le contraire prévaut pour les cantons de Berne, Tessin, Vaud et Valais, qui n'augmentent pas les montants de subsides au même rythme la

prime moyenne cantonale. Les cantons du Jura et de Neuchâtel ont une augmentation presque semblable de ces deux variables.

Figure 3.7 : Augmentation du total des prestations par bénéficiaire et de la prime moyenne cantonale pas assuré, en %, par canton, entre 2000 et 2009

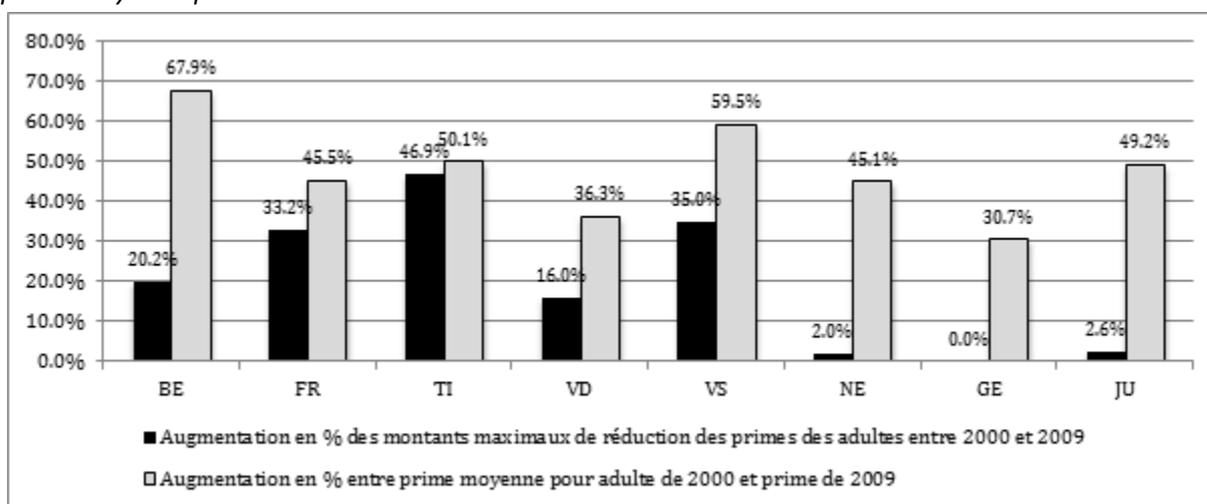


Sources : Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire entre 2000 - 2009

Ce graphique présente les augmentations du total des prestations par bénéficiaire. Dans ce total figurent donc les prestations pour l'ensemble des bénéficiaires. Il est donc difficile d'évaluer si celles-ci sont liées à une augmentation générale en faveur de toutes les catégories d'assurés (enfants, jeunes adultes, jeunes adultes en formation, adultes, bénéficiaires de PC à l'AI et à l'AVS). On peut imaginer, sans pouvoir le vérifier, qu'une augmentation des montants par bénéficiaires est due principalement à l'augmentation des bénéficiaires d'une réduction maximale des primes (bénéficiaires intégraux) et que les montants pour les bénéficiaires ordinaires stagnent.

Pour illustrer ces propos, comparons (graphique ci-dessous) les augmentations en pourcent, entre 2000 et 2009, des montants maximaux de réduction des primes des adultes et de la prime moyenne pour adulte. On y voit qu'hormis le Tessin, tous les cantons n'augmentent pas les montants de la réduction pour les adultes proportionnellement aux montants des primes moyennes. Certains cantons (NE, GE et JU) n'ont ajusté que très faiblement les montants des subsides.

Figure 3.8 : Augmentations en % des montants maximaux de réduction des primes des adultes et de la prime moyenne pour adulte entre 2000 et 2009



Sources : Tableaux synoptiques de la réduction des primes (CDS) et statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2000-2009

Adaptation du système de réduction des primes aux autres politiques sociales

Le système de réduction des primes est indissociable des autres politiques sociales menées par les cantons, notamment les politiques d'aide sociale et celle d'application de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. Le système de réduction des primes partage avec ces autres politiques la particularité d'évaluer l'éligibilité des personnes aux prestations en tenant compte de leurs conditions effectives de ressources. Ainsi, on observe que les bénéficiaires intégraux de la réduction des primes dans le domaine de l'assurance-maladie sont majoritairement des bénéficiaires des autres politiques sociales. Les graphiques ci-dessous illustrent pour les cantons du Valais et de Genève l'évolution de la répartition des ressources financières de la réduction des primes, en pourcent, selon les catégories de bénéficiaires (bénéficiaires de PC AVS/AI, de l'aide sociale (ou RI) et ordinaires) et la part dévolue au financement du contentieux. On y découvre deux situations particulièrement différentes.

Figure 3.9 : Répartition des ressources financières de la réduction des primes en pourcent par catégorie de bénéficiaires, de 2003 à 2008, Valais et Genève



Sources : Rapport « Subventionnement des primes d'assurance-maladie dans les cantons du GLAS », Groupement latin des assurances sociales, 2009.

Les situations des cantons du Valais et de Genève illustrent l'importance de la part des bénéficiaires intégraux de la réduction des primes (aide sociale et PC-AVS/AI) et du contentieux par rapport aux autres bénéficiaires, dits « ordinaires », de ce subventionnement. Le canton du Valais consacre chaque année une part prépondérante de financement à la réduction destinée aux bénéficiaires ordinaires. Cela découle du fait que le Valais compte un taux de bénéficiaires PC parmi le plus bas de Suisse, en raison du nombre élevé de propriétaires, de primes d'assurance-maladie et de loyers inférieurs à ceux des autres cantons romands. De plus, le Valais a bénéficié d'une contribution financière élevée de la part de la Confédération dans le système de réduction des primes en raison de sa faible capacité financière. Le cumul de ces facteurs facilite une forme de redistribution des richesses en faveur des plus pauvres et des revenus modestes. A l'inverse, le canton de Genève, après déduction des subventionnements intégraux et obligatoires et des frais de contentieux, dispose d'une part inférieure à 30% du financement total disponible pour les bénéficiaires ordinaires.

Des aspects relevant de la cohérence dite « externe » ont été intégrés l'analyse pour comprendre dans quelle mesure les décisions prises dans le système de réduction des primes tiennent compte ou dépendent des décisions prises dans d'autres politiques publiques, relativement par exemple au revenu déterminant, limites de revenu ou montants de réduction. Cette question de l'interaction ou de l'adaptation des décisions centrales de la réduction des primes à celles des autres politiques sociales a donc été discutée avec les cantons.

Les cantons du Valais et de Fribourg n'évoquent aucun lien particulier entre ces deux éléments. Les cantons de Neuchâtel et de Vaud n'établissent pas non plus les montants ou les limites de la réduction des primes en fonction des autres montants alloués au titre de transferts sociaux. Neuchâtel précise qu'il s'agit de décisions distinctes relevant des services concernés et qu'une cohérence globale n'est pas recherchée. Pour autant, ces deux cantons estiment que les réflexions menées concernant la définition d'un revenu déterminant unifié permettront de garantir une meilleure cohérence entre ces divers montants de référence pour l'ouverture des droits. Genève, qui possède un revenu déterminant unifié, relève qu'il n'y a cependant pas de lien particulier entre l'adaptation des montants des subsides et les autres montants de transferts sociaux. Enfin, le Jura mentionne une adaptation des montants en faveur de la réduction des primes liée à la suppression d'une mesure destinée aux familles : « Afin d'aider les familles pauvres, notamment celles avec un enfant qui ont été touchées par la suppression de l'allocation de ménage dès le 1er janvier 2009 dans le cadre de l'entrée en vigueur de la loi portant introduction à la loi fédérale sur les allocations familiales (LiLAFam), un supplément de 25 frs à chaque parent de famille biparentale et un supplément de 50 frs à chaque parent de famille monoparentale a été ajouté à partir du 1er janvier 2009 (art. 4 arrêté 2009 et 2010) ».

De manière générale, hormis des actions ponctuelles, aucun canton ne fixe ou n'adapte les montants destinés à la réduction des primes en fonction des autres politiques sociales et transferts sociaux. Pourtant, lorsque les services de l'administration en charge de la réduction des primes établissent des scénarii, ces deux types de décisions sont interdépendants (l'adaptation des limites ne permettra peut-être pas celles des montants). Les différences de montants interpellent quant à l'équité du système, plus particulièrement l'équité territoriale. La diversité des pourcentages de réduction de la prime moyenne pour un adulte et les montants différents attribués pour des types de familles semblables ne permet pas une équité de la population selon les cantons. A ce titre, les différents arrangements cantonaux concernant les montants attribués pour les jeunes adultes, les bénéficiaires de PC et de l'aide sociale, de même que le choix de la prime moyenne de référence pour le calcul des montants permettent d'illustrer les variétés cantonales.

D. Procédure d'accès aux ayants droit

Identification des ayants droit et remboursement

Trois systèmes sont utilisés par les cantons pour identifier les ayants droit à la réduction des primes :

- a) un système d'automatisme, où les assurés bénéficiaires sont recensés par le biais des données fiscales et reçoivent leur subside sans démarche particulière,
- b) un système de notification individuelle du droit par les biais des données fiscales moyennant l'obligation pour les assurés de déposer une demande de subsides,
- c) un système de demande des assurés sans aucune notification individuelle du droit.

Les cantons étudiés appliquent les deux premiers systèmes. Berne, Neuchâtel et Genève utilisent un système automatique de recensement des ayants droit à partir du fichier fiscal et d'octroi des subsides alors que les cantons de Fribourg, Tessin, Vaud, Valais et Jura pratiquent la notification individuelle du droit avec le retour par l'assuré d'un formulaire signé au service cantonal concerné. Dans tous les cantons, une demande peut être déposée à n'importe quel moment de l'année.

Le système automatique comme la notification individuelle produisent tous deux potentiellement des lacunes de mise en œuvre. Le système automatique permet d'accéder aux ayants droit par le biais des données fiscales, l'assuré n'ayant aucune démarche à entreprendre. Il atteint efficacement le groupe cible des assurés de condition économique modeste. Par contre, il ne permet pas d'exclure efficacement les groupes non cibles de la réduction des primes et d'empêcher les effets d'aubaine comme par exemple les personnes disposant d'une fortune mais ayant un revenu modeste, les jeunes adultes en formation au revenu inexistant ou modeste dont les parents sont fortunés, (etc.). A l'inverse, le système de notification individuelle et le dépôt d'une demande de la part des assurés garantit une forme de filtrage des groupes cibles et d'écarter les assurés qui ne sont pas ou plus des ayants droit potentiels. Ainsi, les étudiants diplômés entrant sur le marché du travail, les personnes fortunées au revenu modeste ne recevront pas automatiquement leur réduction de primes.

Relevons que les cantons disposant d'un système automatique ont instauré des exceptions : pour les assurés de moins de 25 ans dont le revenu est inférieur à une limite légale, pour les assurés imposés à la source (GE et BE) ou pour les assurés non considérés comme modestes ayant des revenus inférieurs à des limites fixées (GE et NE). Les exceptions à l'automatisme pratiquées par les cantons sous revue sont cohérentes car elles renforcent le ciblage de la réduction des primes sur les assurés modestes par une analyse individuelle de l'éligibilité au droit. De même le Valais et le Jura ont des exceptions à la notification individuelle pour les personnes imposées à la source (Valais et Jura) et pour les assurés de moins de 25 ans (Jura).

Au niveau des modalités de remboursement, les cantons effectuent le versement des subsides directement aux assureurs, évitant ainsi que les bénéficiaires utilisent ces subventions à d'autres fins. Une telle modalité est cohérente avec l'objectif du subsidie. Par ailleurs, le Parlement a décidé que tous les cantons devaient dorénavant adopter le paiement des subsides directement aux assureurs.

Dépôt de la demande et entrée en force du droit

Tous les cantons étudiés permettent aux assurés de déposer en tout temps une demande de réduction de prime. Cette décision est cohérente avec la volonté du législateur précisée à l'art. 65 al. 3 LAMal : « les cantons veillent, lors de l'examen des conditions d'octroi, à ce que les circonstances économiques les plus récentes soient prises en considération, notamment à la demande de l'assuré ». Par contre la naissance du droit à la réduction des primes n'a pas lieu pour tous les cantons à n'importe quel moment de l'année.

Pour la plupart des cantons, lorsqu'une demande parvient en cours d'année, la mesure entre en force à compter de la date de la décision. Pour Berne, l'ayant droit peut demander en tout temps une décision (art. 14 al. 1 OCAMal) en cas de nouvelle définition du droit. Elle prend effet à compter de la date du changement. Elle ne peut avoir d'effet rétroactif que pour les six mois précédents le dépôt de la demande si le changement concerne la situation financière (art. 16 al. 2 OCAMal). Pour le Jura, en cas d'admission d'un assuré au cours d'année, le droit à la réduction des primes naît le premier jour du mois

d'affiliation, à condition que la demande soit déposée avant la fin de cette année. Les demandes intermédiaires doivent être déposées au plus tard au 31 décembre de l'année d'assurance (Ordonnance du 21 novembre 2005). Le canton de Fribourg procède de la même manière. Le droit à la réduction naît le premier jour du mois au cours duquel les conditions d'octroi sont remplies pour la première fois, mais au plus tôt le premier jour de l'année du dépôt de la demande auprès du conseil communal (art. 17 al. 1 LALAMal). A Neuchâtel, en cas de révision de la classification, la modification de la classification entre en vigueur à la date de l'ouverture de la procédure. Pour Vaud, le droit au subsidie prend naissance le premier jour du mois au cours duquel l'assuré a déposé sa demande (art 25. al. 1 RLVLAMal). Enfin, les cantons du Valais et de Genève sont moins flexibles. A Genève (art. 101a LAMal), des subsides peuvent être octroyés que pour les demandes adressées au service avant le 31 décembre de l'année d'ouverture du droit aux subsides. Le service n'entre pas en matière sur les demandes présentées hors délai (Art. 13 a RaLAMal). En cas d'aggravation notable de la situation (au moins 6 mois, diminution de 20% du revenu déterminant), le nouveau droit naît le 1er janvier de l'année d'ouverture du droit aux prestations. Pour le Tessin, l'assuré doit déposer sa demande avant le 31 décembre de l'année précédent l'octroi des subsides. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, il doit en justifier les raisons par écrit. Enfin, le Valais prend en compte les changements dans la situation familiale intervenant en cours d'année mais la nouvelle décision n'entre en force que l'année suivante (Ordonnance du 19 janvier 2005).

6. Contentieux et participation aux coûts

L'article 64a LAMal règle depuis le 1er janvier 2006 le traitement des situations de non-paiement des primes et de participations aux coûts. Cet article prévoit la suspension de la prise en charge des coûts des prestations d'un assuré lorsque, malgré les rappels de son assureur, ce dernier ne s'acquitte pas de sa créance. Différents problèmes de mise en œuvre ont incité les commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des Chambres fédérales (CSSS-N/E) à réviser partiellement cet article lors de la session des chambres de mars 2010. En effet, il s'est avéré que le public-cible défini à l'article 64a n'était pas composé uniquement de mauvais payeurs, hypothèse privilégiée lors de l'élaboration de cet article. La réalité exprime le fait que de nombreux assurés réellement insolubles figurent parmi cette catégorie.

La lutte contre les mauvais payeurs

Selon le message du Conseil fédéral accompagnant la révision de la LAMal (paquet 1C), de nombreux problèmes d'application concernant l'exécution des obligations financières des assurés envers les assureurs et les conséquences du non-paiement des primes sont apparus avec l'entrée en vigueur de la LAMal. Initialement, aucune base légale formelle n'existe pour régler les cas de non-paiement des primes et des prestations des assurés aux assureurs. Or, les assureurs relèvent que les arriérés de paiement augmentent au fil des ans dans des proportions importantes. De plus l'article 9, al.3, OAMal rendait possible, jusqu'au 31 décembre 2002, le changement d'assureur malgré les arriérés de primes ou de participation aux coûts. Devant cette situation, le Conseil fédéral élabore l'article 64a LAMal, qui indique que l'assureur doit d'abord engager une procédure écrite contre les assurés en demeure avant de suspendre le remboursement des prestations (al.1). Si la procédure de rappel ne donne pas lieu au paiement des prestations et qu'une réquisition de continuer la poursuite est déposée, les conditions suffisantes sont alors réunies pour suspendre le remboursement des prestations. Un acte de défaut de biens n'est donc plus nécessaire pour suspendre le remboursement. Comme le souligne le Conseil fédéral, cette disposition permet d'assurer le recouvrement des primes et des participations aux coûts : « elle vise à faire pression sur les mauvais payeurs solvables ». De plus, elle empêche les assurés en

demeure de changer d'assureur avant d'avoir réglé les arriérés. « Le but de cette disposition est de protéger la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés » (Conseil fédéral, 2004, p.4103).

Modification de l'article 64a LAMal et de l'OAMal

Selon la CDS environ 150'000 personnes sont concernées par une suspension de la prise en charge des prestations depuis son introduction le 1er janvier 2006. Les divers fournisseurs du système de santé font face à de nombreuses factures impayées, qui représentent environ 80 millions de francs pour les hôpitaux. Un ajustement est opéré au niveau de l'ordonnance OAMal (nouveaux art. 105 a-e LAMal), le 1er août 2007, destiné à encourager les accords contractuels entre les cantons et les assureurs. L'article 105c OAMAL stipule que : « Lorsqu'un canton garantit le paiement ou le remboursement par forfait des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires et des frais de poursuite ne pouvant être recouverts, il peut convenir avec un ou plusieurs assureurs des conditions auxquelles les assureurs renoncent à suspendre la prise en charge des prestations ». Suite à ces constats, les commissions (CSSS-N/E) ont déposé une initiative de commission sur la base d'un texte de révision rassemblant le DFI, la CDS et partiellement SantéSuisse. Une modification de la LAMal est adoptée par les chambres fédérales le 19 mars 2010, dont l'entrée en vigueur est fixée en janvier 2012.

L'article 64a LAMAL subit les modifications suivantes. Lorsque l'assuré ne paie pas ses primes ou participations aux coûts, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit. Il lui accorde 30 jours pour honorer ses dettes. Si l'assuré ne s'acquitte pas de ces créances, l'assureur doit engager des poursuites. Les assureurs annoncent aux cantons les débiteurs concernés et le montant de leurs créances (primes, participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens a été délivré. Les cantons prennent en charge 85% des créances pour lesquelles un acte de défaut de biens a été délivré (assurés réellement insolubles). Lorsque l'assuré a payé tout ou partie de ses dettes à l'assureur, ce dernier rétrocède au canton 50% du montant versé par l'assuré. Les assureurs pourront conserver les actes de défaut de biens des assurés jusqu'au paiement complet des dettes. Les assureurs peuvent suspendre la prise en charge des coûts des prestations pour les assurés concernés. Selon Urs Schwaller, président de la CSSS-E, « cette mesure ne viserait pas les personnes insolubles, mais les mauvais payeurs. Ainsi les cantons pourraient décider pour quels assurés les caisses maladie limiteraient ou excluraient la prise en charge des coûts des prestations, à l'exception des prestations relevant de la médecine d'urgence ».

La révision introduit également la possibilité pour les cantons de tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites. Les fournisseurs de prestations, les communes et les cantons ont accès à cette liste. L'assureur peut suspendre la prise en charge des prestations fournies à ces assurés sauf pour celles relevant de la médecine d'urgence.

6.1. Mise en œuvre cantonale de l'art.64a LAMAal

Un certain nombre de questions ont été posées aux cantons concernant la mise en œuvre de l'article 64a LAMal et ses conséquences sociales et financières. Il apparaît malheureusement que tous les cantons sous revue ne possèdent pas de données précises concernant le nombre et les types d'assurés suspendus ou encore les coûts relatifs aux contentieux. Le tableau ci-dessous résume les données disponibles par canton.

Tableau 3.15 : Nombre d'assurés suspendus et coûts du contentieux par canton

	Nombre d'assurés en suspension de remboursement	Coûts du contentieux
BE	Pas de données	Pas de données
FR	Pas de données	Pas de données
TI	31 mars 2010 : 14'000 personnes adultes suspendues	Montants des factures impayées ⁴⁷ à fin 2008 : 6'090'092 francs
VD	Pas de données	Factures ambulatoires du CHUV en suspens au 10 septembre 2010 avec prise en compte de factures depuis le début de l'année 2004 : 4'171 factures pour un montant de Frs 1'633'350.-
VS	0 personne	Pas de données
NE	Pas de données Remarque : 99% de la population neuchâteloise est affiliée auprès d'assureur ayant souscrit à un régime conventionnel (pas de possibilité donnée à l'assureur de suspendre des assurés de leur droit aux prestations).	Factures impayées des hôpitaux en 2007 : au minimum Frs 2'000'000.-
GE	Pas de données	Pas de données
JU	Personnes concernées par un acte de défaut de bien (2006: 523) (2007: 820) (2008: 806) (2009: 924) (2010: 483)	Paiement des actes de défaut de biens : 2007 : 2'356'633.20 frs 2008 : 2'260'946.10 frs 2009 : 1'699'740.90 frs 2010 : 149'034.50 frs

Concernant le nombre de personnes touchées, pour l'année 2010, le canton du Tessin en dénombre 14'000 et le canton du Jura 483. Dans le canton du Valais, aucune personne n'a été suspendue de la prise en charge des prestations car le canton assume les frais liés au contentieux par la signature de conventions avec presque tous les assureurs qui s'engagent à ne pas suspendre le remboursement. Le canton de Neuchâtel a établi le même type de conventions avec les assureurs, mais ne possède pas de données précises sur le nombre de personnes touchées par cette problématique.

Concernant les frais assumés par les cantons, plusieurs d'entre eux n'ont pas été en mesure de fournir de données. Le canton du Tessin dénombre des factures impayées pour un montant d'un peu plus de six millions de francs. A Neuchâtel, un rapport du conseil d'Etat mentionne un montant d'au moins deux millions de francs de factures impayées au niveau des hôpitaux. Le canton de Vaud dispose de factures impayées pour le secteur ambulatoire du CHUV s'élevant à 1,6 million de francs pour les années 2004 à 2010. Enfin, les actes de défaut de biens payés par le canton du Jura s'échelonnent de 2,4 millions de francs en 2007 à 149 mille francs en 2010.

Un certain nombre de cantons ont conclu des conventions avec les assureurs afin d'éviter la suspension du remboursement des prestations. Il s'agit des cantons de Vaud, Valais, Neuchâtel et Genève. Les cantons du Valais et de Neuchâtel sont parvenus à conclure des conventions avec la plupart des assureurs de leur canton moyennant une large prise en charge des frais liés au contentieux. Les cantons de Vaud et de Genève ont également conclu des conventions avec un certain nombre d'assureurs qui ne suffit pourtant pas à couvrir l'ensemble des assurés. De plus, les cantons de Vaud et de Genève ont créé

⁴⁷ Factures impayées : hôpitaux publics, ambulances, cliniques privées, centres de cardiologie, pharmacies, hôpital psychiatrique.

des unités spéciales pour la gestion du contentieux. Vaud a institué une unité administrative pour la gestion des dossiers et Genève une cellule de crise aux HUG pour assurer les prestations de certains malades suspendus du remboursement de prestations. Un tableau (annexe 4) expose les mesures développées par les cantons pour lutter contre la suspension des remboursements de même que la teneur des conventions lorsqu'elles existent.

L'établissement de conventions entre les cantons et les assureurs n'est ainsi pas automatique. L'article 105c OAMAL instaure une possibilité, et non l'obligation, pour un canton de conclure des conventions. Les assureurs sont quant à eux libres d'accepter les termes de la convention ou de les refuser. Le canton de Genève est en ce sens exemplaire. Jusqu'en 2009, 80% des assurés étaient couverts par les conventions. Suite au retrait d'un grand assureur, ce taux a baissé à 45%. De plus, les négociations chronophages avec les assureurs ont engagé de nombreux fonctionnaires.

Dans la mise en œuvre des conventions, les charges administratives pour les cantons ayant conclu des conventions avec les assureurs sont lourdes. Lorsque le canton s'engage à payer les créances aux assureurs, il doit vérifier si l'assuré est un mauvais payeur ou réellement insolvable. Dans le cas du Valais, la convention ne s'applique qu'aux cas attestés d'un acte de défaut de biens. Or, le canton s'étant engagé à prendre en charge les frais dans les 60 jours, les vérifications sont impossibles à réaliser dans ces délais et parfois le canton rencontre des difficultés à se faire rembourser par les assureurs les montants liés à des erreurs. De plus, l'établissement de conventions est une possibilité que certains cantons n'utilisent pas. Dans le canton de Fribourg, chaque commune est chargée de négocier avec les assureurs. Le Tessin gère les situations au cas par cas sans conventions établies. Le canton de Berne n'a pas non plus établi de conventions. Enfin, les cantons sous revue n'ont pas développé de liste noire répertoriant les assurés dont les primes sont impayées. Plusieurs cantons alémaniques établissent des listes comme Thurgovie, Lucerne, Schwyz notamment. La mesure permettrait de diminuer le nombre de factures impayées. Les fournisseurs de prestations, médecins et hôpitaux par exemple, peuvent vérifier la présence d'un patient sur la liste noire et le cas échéant refuser de dispenser des prestations lorsqu'elles ne relèvent pas de la médecine d'urgence.

6.2. Conséquences pour les assurés

Une étude de la Polyclinique de médecine et de la Consultation des maladies infectieuses des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a analysé les conséquences de la révision LAMal (art. 64a) en termes d'inégalités sociales et d'accès aux soins (Marti & Wolff, 2006). L'étude se base sur les dossiers du service social et sur les ordonnances médicales délivrées pour définir les caractéristiques sociodémographiques et médicales des personnes concernées. De plus, un échantillon aléatoire, représentant un quart de la population concernée par une suspension du remboursement des coûts a été contacté téléphoniquement. Des questions standardisées ont été posées en lien avec leur état de santé subjectif et les conséquences médicales de la suspension des prestations par leur assureur maladie (renoncement aux soins, refus de soins, interruption forcée de traitement et conséquences éventuelles de cette interruption, etc.). Les résultats montrent qu'une majorité de personnes concernées par la suspension du paiement des prestations est sans emploi, bénéficiaires de prestations sociales (AI, PC, aide sociale) et que son état de santé est jugé mauvais. La moitié de l'échantillon a dû renoncer à consulter, soit pour des raisons financières, soit en raison d'un refus de la part des structures de soins. La majorité des personnes concernées se trouve dans une incapacité réelle de faire face aux frais d'assurance maladie souvent en raison de la coexistence de difficultés socio-économiques, de troubles psychiatriques et de la surcharge de certains services sociaux cantonaux. Les auteurs de l'étude

craignent que le bénéfice de cette mesure ne repose prioritairement « sur un effet dissuasif quant à l'accès aux soins des plus faibles, remettant en cause le principe de solidarité censé être à la base de notre système d'assurance-maladie» (Marti & Wolff, 2006, p.6). « La révision rend aléatoire l'accès aux soins des plus faibles et ouvre une brèche dans le caractère universel de l'assurance-maladie ».

Le canton du Tessin a également analysé les types d'assurés dont le remboursement des prestations est suspendu (Egloff, 2010). Les personnes concernées ont majoritairement (78%) entre 25 et 59 ans. Les personnes de moins de 25 ans ou plus de 59 ans sont sous-représentées. Une part importante se trouve dans des situations de grande précarité. L'auteure de l'étude pose l'hypothèse de l'existence d'une catégorie de personnes plus vulnérable que d'autres mais qui n'est pas encore reconnue dans le système de sécurité sociale (pas de droit à la réduction des primes ni à d'autres prestations sociales). 60% des personnes concernées ne formulent aucune demande de réduction de prime. Trois assurés sur quatre sont suspendus du remboursement des prestations pour une année et jusqu'à trois ans.

Questions d'équité et de cohérence

Le règlement du contentieux (art. 64a LAMal) souffre d'un évident problème de cohérence et d'adéquation entre le problème public relevé, l'augmentation des arriérés de paiement, et la mesure choisie, qui ne permet pas d'isoler le groupe-cible voulu : les mauvais payeurs. La conséquence en est le nonaccès aux prestations de personnes réellement insolvable, qui exprime un problème d'incohérence et soulève des questionnements éthiques. Incohérence, d'abord, car cette mesure rend incertain l'accès aux soins des personnes les plus faibles (physiquement et financièrement selon étude de Genève) alors que celui-ci est universel en vertu du principe d'obligation d'assurance. Incohérence encore d'une mesure censée endiguer les coûts et qui charge financièrement et administrativement les pouvoirs publics (cantons, communes). Ethique ensuite, précisément parce que l'accès universel n'est pas garanti et parce que l'équité territoriale est remise en cause par une mise en œuvre cantonales plurielle.

En effet, au-delà de la complication des procédures et des impacts financiers de l'article 64a LAMal, le principal problème de mise en œuvre est lié à la non adéquation entre le groupe-cible visé et la mesure choisie. Si les assurés visés sont les mauvais payeurs, dans les faits on observe qu'une grande partie des assurés touchés est victime effectivement d'insolvabilité. La procédure actuelle ne permet pas de mettre en œuvre la procédure de manière différenciée pour les mauvais payeurs et les assurés insolvable. La possibilité de suspendre les remboursements avant même qu'un acte de défaut de bien soit établi sanctionne simultanément les deux catégories d'assurés. Le législateur a tenté de régler cette problématique par l'établissement de conventions avec les assureurs. Jusqu'en 2012, les cantons ne sont pas contraints de le faire. De plus, les cantons n'ont pas le temps de vérifier, avant le paiement aux assureurs, qui sont les assurés solvable ou insolvable. Lorsque le remboursement des prestations de personnes réellement insolvable est suspendu, le principe de l'obligation d'assurance établi en 1996 est donc remis en cause. Il s'agit d'une incohérence flagrante entre cette mesure et un des buts fondamentaux de la législation sur l'assurance-maladie. Et puis, la suspension de la prise en charge des coûts des prestations peut mettre en danger la santé voire la vie des patients en cas d'urgence, comme le relève l'étude des HUG, dissuadant certains assurés malades de consulter un médecin pour des raisons financières.

Enfin, les réglementations cantonales et communales diffèrent considérablement. Certains cantons prennent en charge les actes de défaut de biens par des conventions avec les assureurs ; dans d'autres, les pouvoirs publics (souvent les communes) ne reprennent pas forcément les actes de défaut de biens

mais gèrent les situations au cas par cas en fonction des besoins des assurés. Ainsi, d'une part, des inéquités de traitement existent entre les cantons et, d'autre part, le droit fondamental à l'accès aux soins n'est garanti, pour une part des assurés, que par des conventions reposant sur le bon vouloir des cantons et des assureurs. Le problème des assurés en rupture de paiement renvoie à la question essentielle de l'adéquation ou de l'inadéquation du système des primes par tête, fixées indépendamment du revenu.

7. Conclusions

Le système de réduction des primes en faveur des assurés économiquement modestes, tel que conçu au niveau fédéral et appliqué dans les cantons, est révélateur du fonctionnement du système de santé helvétique et de ses conséquences en termes de cohérence et de dimension éthique. Pensé comme le correctif social de primes par tête ne tenant pas compte de la capacité contributive des assurés ou des ménages, le système de réduction des primes est censé garantir aux assurés ayant des caractéristiques semblables (revenus modestes) un traitement identique sous l'angle de la solidarité du financement (équité horizontale). Cette problématique renvoie aux deux dimensions de l'étude : la cohérence de la politique publique mise en œuvre et sa portée éthique.

Contrairement aux domaines de la planification hospitalière, de la clause du besoin ou des médicaments, la réduction des primes se caractérise par la prédominance exclusive d'un acteur quasi unique : l'autorité publique. Qu'il s'agisse de la Confédération définissant l'enveloppe financière des subsides ou des cantons chargés de la mise en œuvre de la mesure, seuls les pouvoirs publics sont au cœur du processus de décision. Ainsi, à l'exception de la relation entre la Confédération et les cantons, les conflits découlant de la défense d'intérêts particuliers entre les acteurs responsables de l'allocation des ressources sont inexistantes. Cette situation réduit les potentiels d'oppositions et renforce, du moins théoriquement, la mise en œuvre de décisions cohérentes. Une nuance concerne la pratique du contentieux, où les assureurs exercent une fonction centrale, qui a clairement influencé la discussion politique et les révisions de la LAMal sur ce point.

Concrètement, l'analyse a montré l'inexistence d'un objectif social clairement déterminé en matière de réduction des primes et l'échec de plusieurs tentatives de clarification par le législateur fédéral au cours des dix premières années d'application de la LAMal. L'introduction d'un objectif de politique familiale, élaboré en 2006, marque une rupture, puisqu'il contribue à uniformiser l'affectation des montants alloués pour le subventionnement des assurés économiquement modestes en mettant un accent particulier sur la réduction des primes des enfants et des jeunes adultes membres de familles à revenu modeste et bénéficiant des subventions. S'agissant des législations cantonales, on observe également qu'aucun canton ne fixe d'objectif précis. La marge de manœuvre des cantons est totale et de nombreuses disparités existent.

Au niveau du financement de la réduction des primes, le nouveau système introduit avec la réforme de la péréquation financière RPT renforce la cohérence de la subvention fédérale puisque les montants alloués sont adaptés à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie. Par contre, ce système ne précise pas le niveau de la contribution cantonale si ce n'est qu'elle doit compléter suffisamment la contribution fédérale afin de garantir la réduction des primes au sens de la LAMal. Or, la plupart des cantons ne parviennent pas avec leur financement à suivre l'évolution de la prime moyenne, de l'indice du salaire nominal ou encore de l'indice des prix à la consommation.

En regard des choix du revenu déterminant, des limites de revenu, des montants des réductions et de la procédure d'accès aux ayants droit opérés par les cantons, il s'avère qu'une très grande diversité caractérise la politique mise en œuvre. Par contre, des points communs sont aussi apparus. D'une part, le revenu déterminant repose sur des critères fiscaux. Certains cantons (GE et bientôt NE et TI) élaborent des revenus déterminant unifiés en tentant, notamment pour le Tessin, de favoriser des critères de politique sociale plutôt que fiscale. D'autre part, les adaptations des limites de revenu et des montants des subsides à l'évolution de la prime moyenne, de l'indice du salaire nominal ou encore de l'indice des prix à la consommation dépendent du budget à disposition de la réduction des primes. En raison de montants non adaptés, un certain nombre d'assurés se trouvent exclus de la réduction des primes.

En termes de cohérence et d'équité, la question de la suspension du remboursement des prestations intervenue en 2006 (art. 64a LAMal) est révélatrice d'un problème réel. Si les disparités évoquées précédemment ne peuvent être considérées comme des incohérences en raison de la marge de manœuvre laissée légalement aux cantons, la suspension du remboursement des prestations relève clairement de l'incohérence. Le non recours aux soins qu'elle induit pour une grande partie du groupe ciblé, réellement insolvable, contrevient au principe d'obligation d'assurance et d'accès aux soins en même temps qu'il affaiblit l'équité de la mesure. Surtout, la prise en charge de ces frais a été confiée au « bon vouloir » des cantons et des assureurs, libres d'établir des conventions évitant la suspension des remboursements des prestations. Dès 2012, après quatre ans de mise en œuvre, le système des conventions est généralisé et obligatoire.

L'analyse montre également que les disparités des systèmes cantonaux découlent du manque d'objectif social mais aussi du système des primes individuelles et régionales et des autres politiques, qu'elles soient sociale, fiscale, économique ou budgétaire. En effet, en Suisse, l'organisation du système sanitaire est libérale et se base sur le principe de concurrence. En ce sens, les différents niveaux de primes entre cantons et entre régions d'un même canton reflètent l'hétérogénéité des pratiques issues des situations fort diverses des assureurs maladie. La diversité du montant des primes devrait permettre aux cantons d'atteindre une allocation plus efficiente et plus égale du point de vue territorial. Le système de réduction des primes s'inscrit dans ce contexte particulier. D'où des réductions territorialement différenciées et dépendantes de l'évolution cantonale du coût des primes d'assurance-maladie. De plus, les systèmes de réduction sont fondés sur des critères fiscaux à composante cantonale, ce qui accroît encore les différences entre les cantons. Enfin, l'augmentation des bénéficiaires directs et intégraux de réduction des primes provenant d'autres régimes de prestations sociales allouées sous condition de ressources (aide sociales, PC AVS/AI), génèrent également un impact immédiat sur les budgets disponibles. Face à ces évolutions, les cantons ne sont pas égaux. D'autant plus que la politique de réduction des primes dépend de la politique budgétaire des cantons. Toutes les velléités cantonales d'amélioration du niveau d'équité sont tributaires des impératifs budgétaires. Ainsi, la marge de manœuvre des acteurs de la mise en œuvre est limitée en raison de l'existence d'orientations politiques et de budgets assignés à un niveau « macro ». Dans ce cas, le « compromis » entre les valeurs d'efficience, d'équité et de responsabilité individuelle est établi au profit du premier.

Chaque canton définit donc sa propre « justice sociale locale ». Les niveaux différents d'équité de financement, tant dans les cantons analysés que dans tous les cantons suisses, contrastent avec le principe d'équité territoriale, qui postule l'atteinte d'un niveau comparable d'équité verticale et horizontale entre les régions d'une nation. Ces « équités cantonales » sont-elles acceptables au nom du fédéralisme sanitaire ou doivent-elles être repensées ? Si oui, tout le système de détermination des

primes-maladie devrait être lui-même repensé. La hausse continue des primes-maladie et les évolutions des autres politiques sociales et budgétaires restreignent la capacité redistributive de la réduction des primes. Le nombre d'assurés ne parvenant plus à s'acquitter du montant des primes n'est-il pas révélateur de l'incapacité partielle du système de réduction des primes à jouer son rôle de correctif social ?

Si l'incohérence des systèmes cantonaux de réduction des primes ne peut être avancée, par contre, de véritables questions d'équité se posent. Dès lors, le système de réduction des primes ne semble assurer l'équité que de manière limitée.

Références bibliographiques

Législations fédérales (messages, lois arrêt du Tribunal fédéral)

Arrêt du Tribunal fédéral : ATF 131 V 202 consid. 3.2 p.207

Conseil fédéral (1991). *Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie* - FF 1992 I 77

Conseil fédéral (1998). *Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998* – FF 1999 727.

Conseil fédéral (2004). *Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (réduction des primes) et à l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie du 26 mai 2004* - 04.033.

Conseil fédéral (2005). *Message sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les Cantons (RPT) du 7 septembre 2005* - 05.070.

Loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs des cantons et des communes (LHID) du 14 décembre 1990 – 642.14.

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

Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (Loi sur les prestations complémentaires ; LPC), du 6 octobre 2006 – 831.30.

Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les Cantons (RPT).

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Modifications du 19 mars 2010.

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

Ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie du 7 novembre 2007 – 832.112.4

Ordonnance du DFI relative aux primes moyennes 2010 de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires 831.309.1.

Législations cantonales/ conventions

Berne :

Loi portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accident et sur l'assurance-militaire (LiLAMAM) du 6 juin 2000– 842.11.

Ordonnance cantonale sur l'assurance-maladie (OCAMal) du 25 octobre 2000 – 842.111.1.

Fribourg :

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal) du 24 novembre 1995 - 842.1.1.

Ordonnance fixant le cercle des ayants droit à la réduction des primes d'assurance-maladie du 16 novembre 2008 - 842.1.13.

Tessin :

Legge di applicazione della Legge fédérale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997 6.4.6.1.

Regolamento della legge di applicazione della legge fédérale sull'assicurazione malattie (LCAMal) Del 13 novembre 2007 – 6.4.6.1.1.

Decreto esecutivo concernent il premio riconosciuto ai singoli assicuratori malattie per l'applicazione delle riduzioni individuali di premio LAMal per l'anno 2010 del 13 ottobre 2009 – 6.4.6.1.9.

Vaud :

Loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal) du 25 juin 2006 – 832.01.

Règlement concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RLVLAMal) du 18 septembre 1996 – 832.01.1.

Arrêté concernant les subsides aux primes de l'assurance-maladie obligatoire en 2010 du 30 septembre 2009.

Convention relative au remboursement forfaitaire des montants liés au contentieux dans l'assurance-maladie.

Valais :

Loi sur l'assurance-maladie du 22 juin 1995 – 832.1.

Ordonnance concernant l'assurance-maladie obligatoire et les subventions cantonales du 19 janvier 2005 – 832.105.

Convention relative au remboursement forfaitaire des montants liés au contentieux dans l'assurance-maladie.

Neuchâtel :

Loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LILAMal) – 821.10.

Règlement d'application de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RALILAMal) – 821.101.

Genève :

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMAL) du 29 mai 1997 – J 3 05.

Règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RaLAMal) du 15 décembre 1997 – J 3 05.01.

Loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales (LRD) du 19 mai 2005 – J 4 06.

Règlement d'exécution de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales du 6 décembre 2006 – J 4 06.01.

Jura :

Loi portant introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LiLAMal) du 20 décembre 1996 – 832.10.

Ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie du 21 novembre 1995 – 832.115

Procès-verbaux

Débats du Conseil des Etats-session d'hiver 2004 - douzième séance – 15.12.04

Tableaux synoptiques des systèmes cantonaux de la réduction des primes

CDS (1998- 2011). Tableaux synoptiques des systèmes cantonaux de la réduction des primes. Berne : CDS

Ouvrages

Achtermann Wally & Berset Christel (2006). *Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Analyse et perspectives Volume 1*. Berne : OFSP.

Kocher Gerhard & Oggier Willy (2005). *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*. Berne : Ed. Hans Huber.

Kocher Gerhard & Oggier Willy (2011). *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*. Berne : Ed. Hans Huber.

Knoepfel Peter, Larrue Corinne & Varone Frédéric (2006), *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Zürich/Chur : Verlag Rüegger.

Articles/revues

Marti Christophe et Wolff Hans (2006). Inégalité sociales et accès aux soins : conséquences de la révision LAMal (art. 64A). *Revue médecine et hygiène 85/2006*. Lausanne : Editions Médecine & Hygiène.

Rapports/Etudes

DFF & CdC (2004). *Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). Rapport final sur la législation d'exécution présenté par l'organisation de projet composée de représentants du DFF et de représentants de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC)*. Berne : DFF & CdC.

Balthasar Andreas (2001). *Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons. Rapport de recherche n°2/01*. Berne : Aspects de la sécurité sociale.

Balthasar Andreas & Bieri Olivier (2006). *Die Prämienverbiligung in den Kantonen : übersicht über die Bemessungsgrunflagen von Jungen Erwachsenen in den 26 Kantonen*. Lucerne : Interface.

Balthasar Andreas, Bieri Olivier & Gysin, B. (2007). *Monitoring 2007. Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbiligung in den Kantonen*. Lucerne : Interface.

CDS (2005). *Lignes directrices concernant l'application cantonale des dispositions de la LAMal en faveur des enfants et des jeunes adultes en formation selon l'art. 65 al. 1bis LAMal, valables dès le 1.1 2006*. Berne : CDS.

Conseil d'Etat du canton de Fribourg (2009). *Réponse du Conseil d'Etat au postulat P2018.07 Christine Bulliard/Jean-François Steiert (réduire les charges des primes de l'assurance-maladie obligatoire pour les familles)*. Fribourg : Conseil d'Etat.

Conseil d'Etat du canton de Vaud (2008). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Bernard Borel et consort concernant la politique du Conseil d'Etat relative aux subsides cantonaux aux primes d'assurance-maladie obligatoire*. Lausanne : Conseil d'Etat.

Egloff Michele (2010). *Casse malati : assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino*. Manno : SUPSI-DSAN.

Holly Alberto (2000). *Comparaison du traitement fiscal des cantons servant la réduction des primes de l'assurance-maladie : mandat de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS)*. Lausanne : Institut d'économie et de management de la santé (IEMS).

Service de la santé publique (2009). *Rapport du Conseil d'Etat sur sa politique sanitaire 1999-2008. Des bases solides pour le XXIe siècle*. Sion: Service de la santé publique.

Wyss Kurt & Knupfer Caroline (2003). *Couverture du minimum vital dans le fédéralisme en Suisse. Rapport final*. Berne : CSIAS.

Statistiques

Office fédéral de la santé publique (1998-2010). *Statistique de l'assurance-maladie. Statistique de l'assurance-maladie obligatoire*. Berne : OFSP.

Office fédéral de la statistique (2011). *Coût et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente*. Neuchâtel : OFS.

Communiqués de presse

Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2002). *Art 65 LAMal : réductions des primes par les cantons : critiques visant la proposition de révision du Conseil des Etats et propositions de solutions alternatives*. Berne : CDS.

Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales (BE ; FR ; GE ; JU ; NE ; TI ; VS ; VD). *Deuxième révision partielle de la LAMal : réduction des primes. Position de la Conférence des affaires sanitaires et sociales (CRASS) à l'intention des membres de la sous-commission LAMal du Conseil national*.

Ruth Dreifuss (2001). *Assurance-maladie : Primes 2002. Allocution de Mme la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss*.

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 3.1 : Aperçu statistique, année 2009.....	138
Tableau 3.2 : Famille de la classe moyenne (2 adultes, 2 enfants (3,5 et 5 ans), revenu brut frs 70'000.-)	141
Tableau 3.3 : Critères d'exclusion du droit	149
Tableau 3.4 : Objectifs stratégiques.....	150
Tableau 3.5 : Limites de revenu spéciales pour les moyens revenus.....	151
Tableau 3.6 : Prétention au droit des jeunes adultes	152
Tableau 3.7 : Montants des subsides à disposition de la réduction des primes 1996 et 2007	155
Tableau 3.8 : Variation des subsides fédéraux et cantonaux entre 2007 et 2009 (%).....	160
Tableau 3.9 : Type de revenu déterminant et période de taxation, 2010	163
Tableau 3.10 : Part de fortune prise en compte	164
Tableau 3.11 : Classes de revenu par canton (nombre, classe spéciale objectif de politique sociale, suppression/ajout de classe), 2010.....	166
Tableau 3.12 : Adaptations des limites de revenu entre 1998 et 2010 pour personne seule ou couple sans enfant	167
Tableau 3.13 : Monitoring de la réduction des primes 2007	171
Tableau 3.14 : Primes moyennes pour subsides ordinaire et bénéficiaires de PC (AVS, AI) et de l'aide sociale, par canton	173
Tableau 3.15 : Nombre d'assurés suspendus et coûts du contentieux par canton	181

Figures

Figure 3.1 : Taux de bénéficiaires et montant de la réduction, cantons suisses, 2009.....	139
Figure 3.2: Répartition des ressources de réduction des primes, en % par canton et catégorie de bénéficiaires (2008)	140
Figure 3.3 : Variations 1997 - 2007 des subsides fédéraux après réduction en francs, de la prime moyenne suisse par assuré et du pourcentage de bénéficiaires.....	156
Figure 3.4 : Comparaison par canton de la variation, en pourcent de la prime moyenne par assuré et des subsides totaux (Confédération et cantons) entre 1997 et 2007	157
Figure 3.5 : Evolution des prix à la consommation, du salaire nominal et des limites supérieures de revenu, années 1998-2009, cantons de Vaud et Neuchâtel.....	169
Figure 3.6 : Pourcentages minimaux et maximaux de réduction de la prime pour adulte par canton (2010, région de primes 1)	170
Figure 3.7 : Augmentation du total des prestations par bénéficiaire et de la prime moyenne cantonale pas assuré, en %, par canton, entre 2000 et 2009.....	175
Figure 3.8 : Augmentations en % des montants maximaux de réduction des primes des adultes et de la prime moyenne pour adulte entre 2000 et 2009.....	175
Figure 3.9 : Répartition des ressources financières de la réduction des primes en pourcent par catégorie de bénéficiaires, de 2003 à 2008, Valais et Genève	176

Annexe 1

Personnes interrogées : entretiens semi-directifs réalisés et/ou questionnaires

Canton de Berne :

Rolf Häner : Abteilungsleiter, Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht des Kantons Bern.

Canton de Fribourg :

Pascal Boschung : Chef de section, Caisse de compensation du canton de Fribourg.

Canton du Tessin :

Elena Sartoris : Dipartimento della sanità e della socialità.

Canton de Vaud :

François Charbonnier : Service des assurances sociales et de l'hébergement.

Canton du Valais :

Charles Allet : Service de la santé publique.

Canton de Neuchâtel :

Manuel Barbaz : Chef de l'office cantonal de l'assurance-maladie.

Canton de Genève :

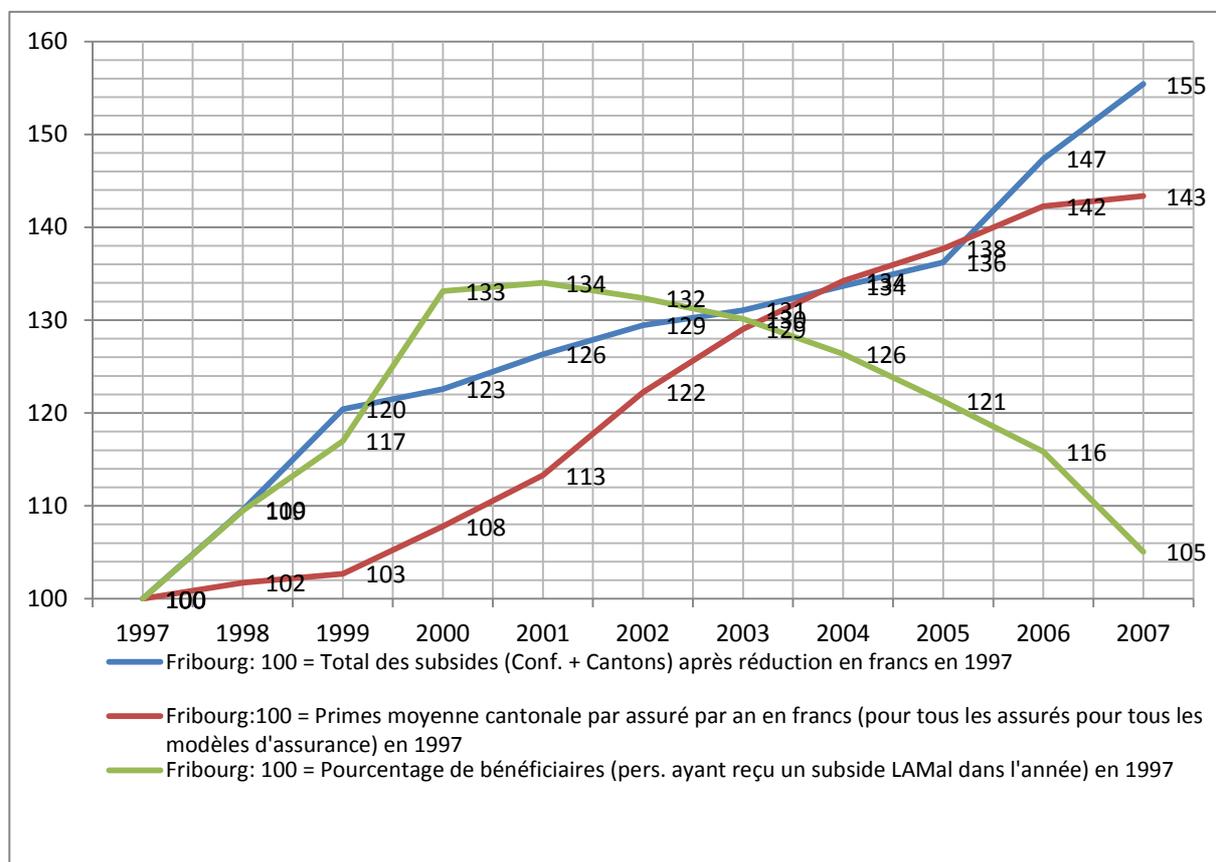
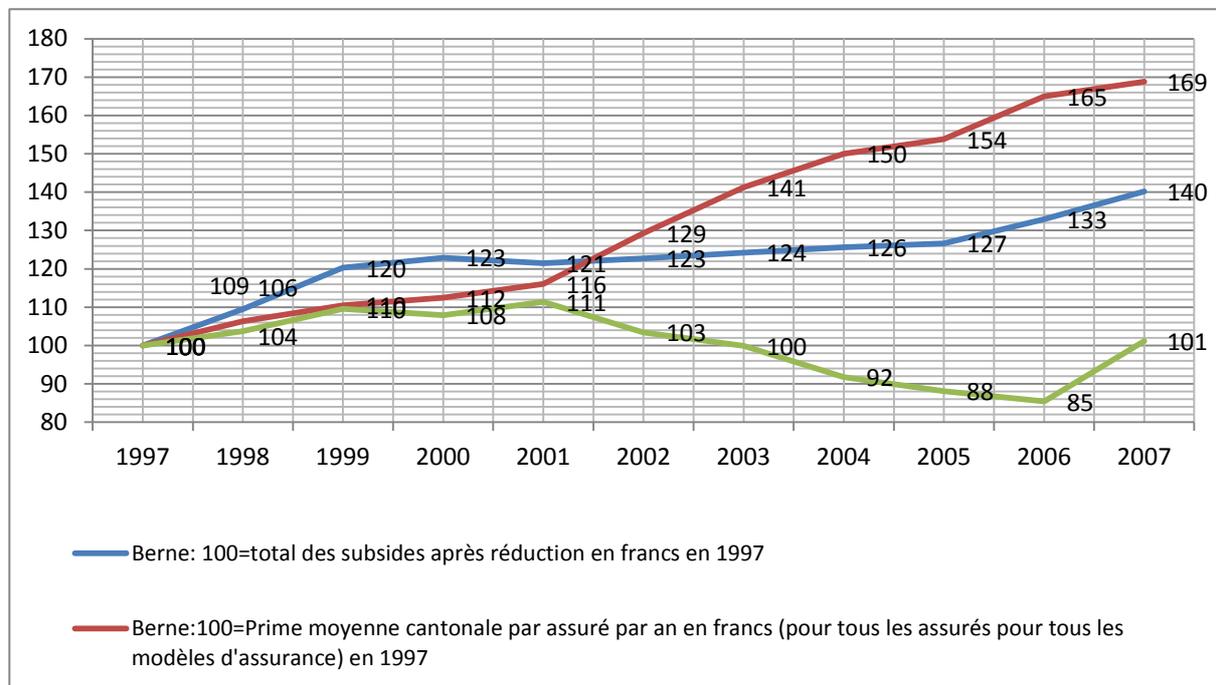
Evelyne Ponchant : Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé.

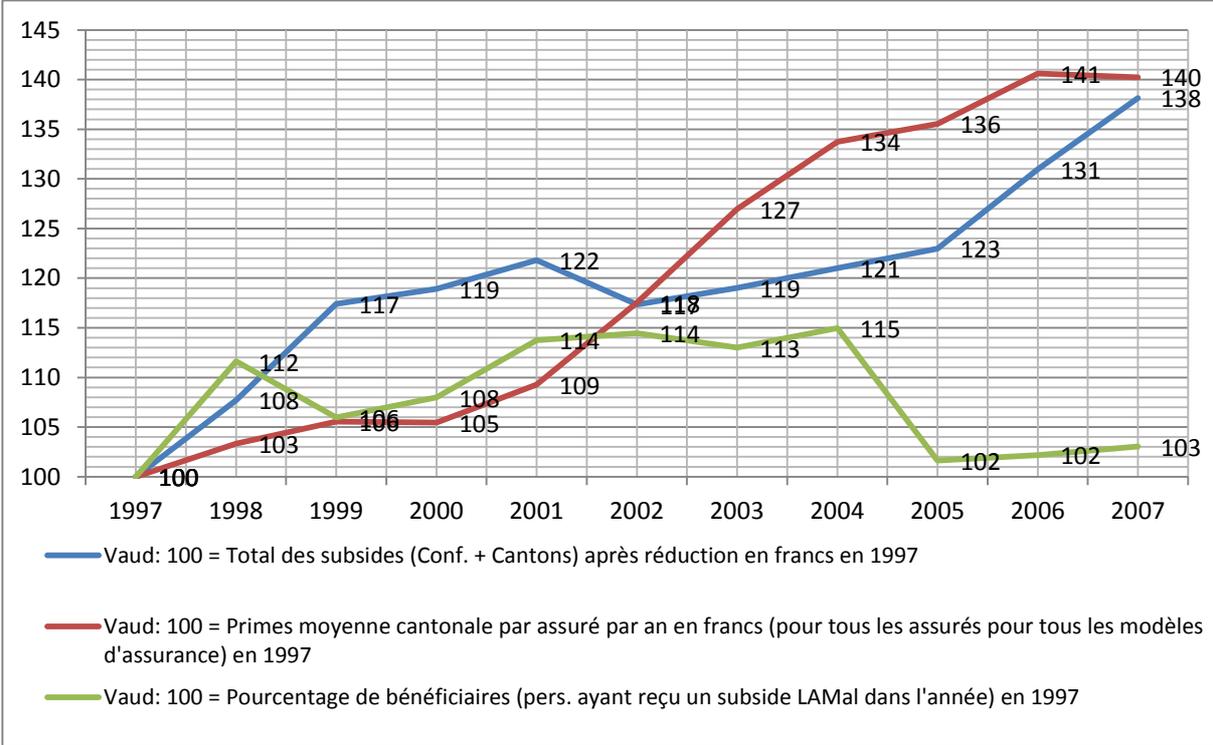
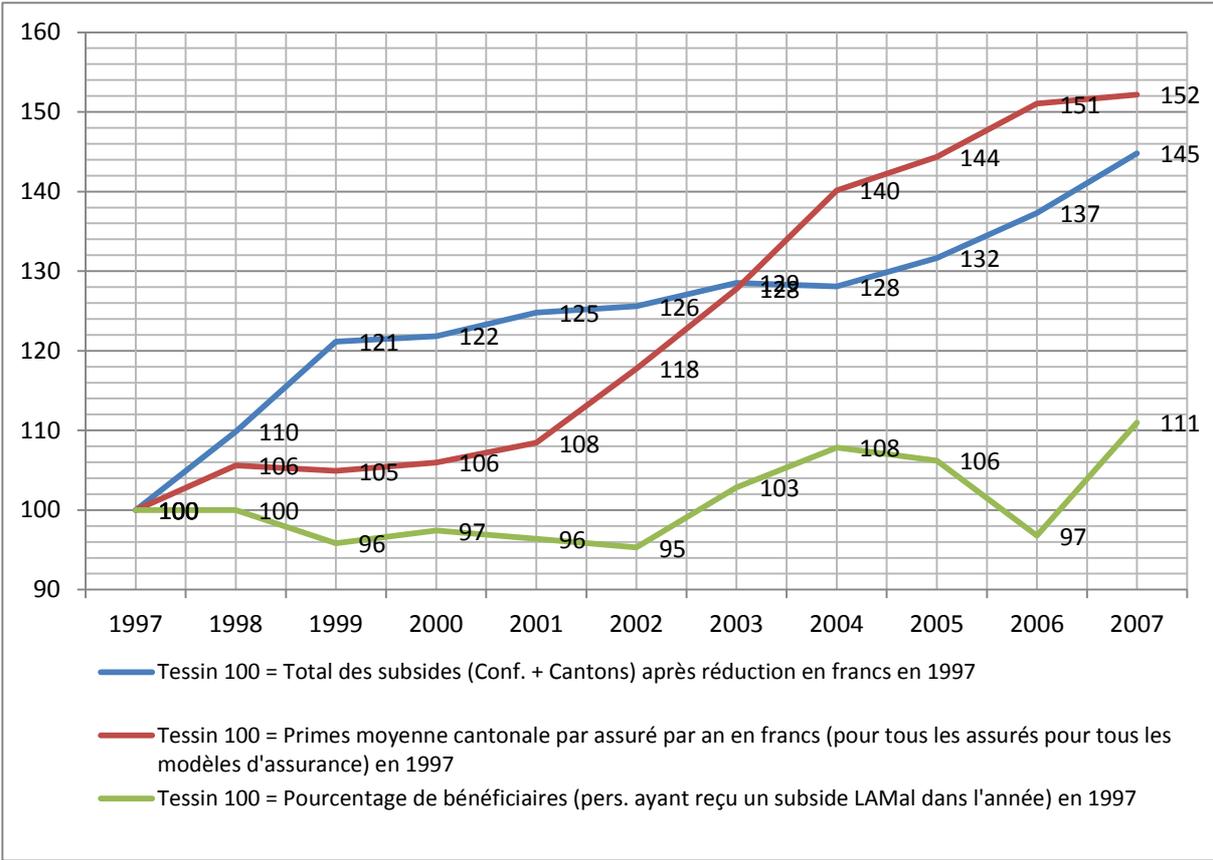
Canton du Jura :

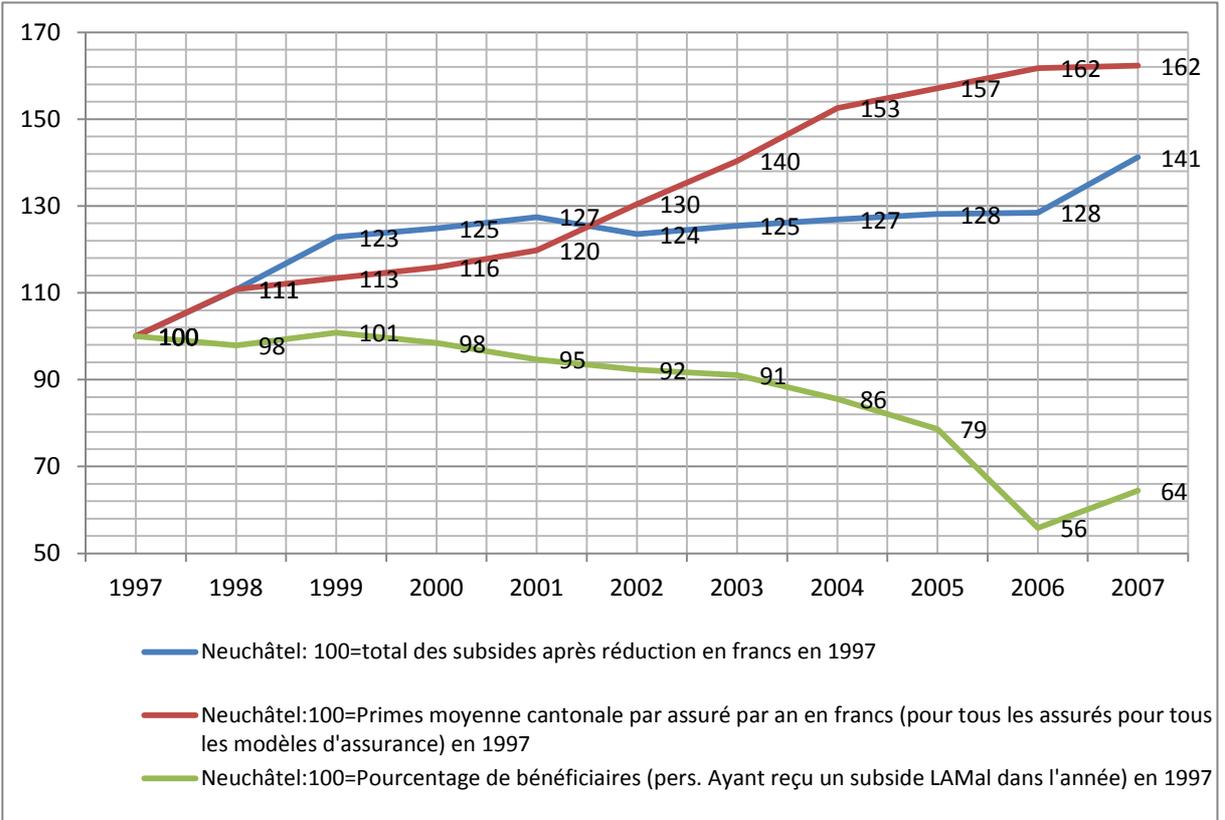
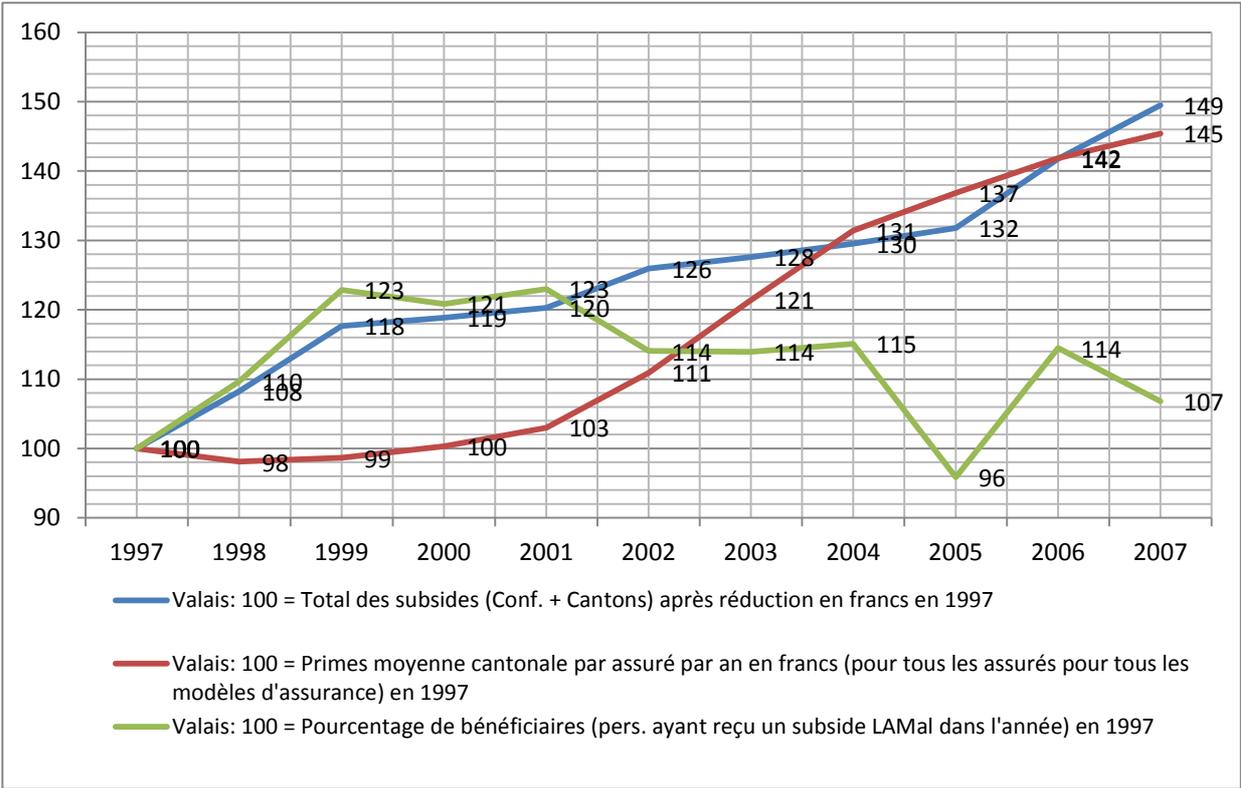
Pierre-Alain Chetelat : Caisse de compensation du canton du Jura.

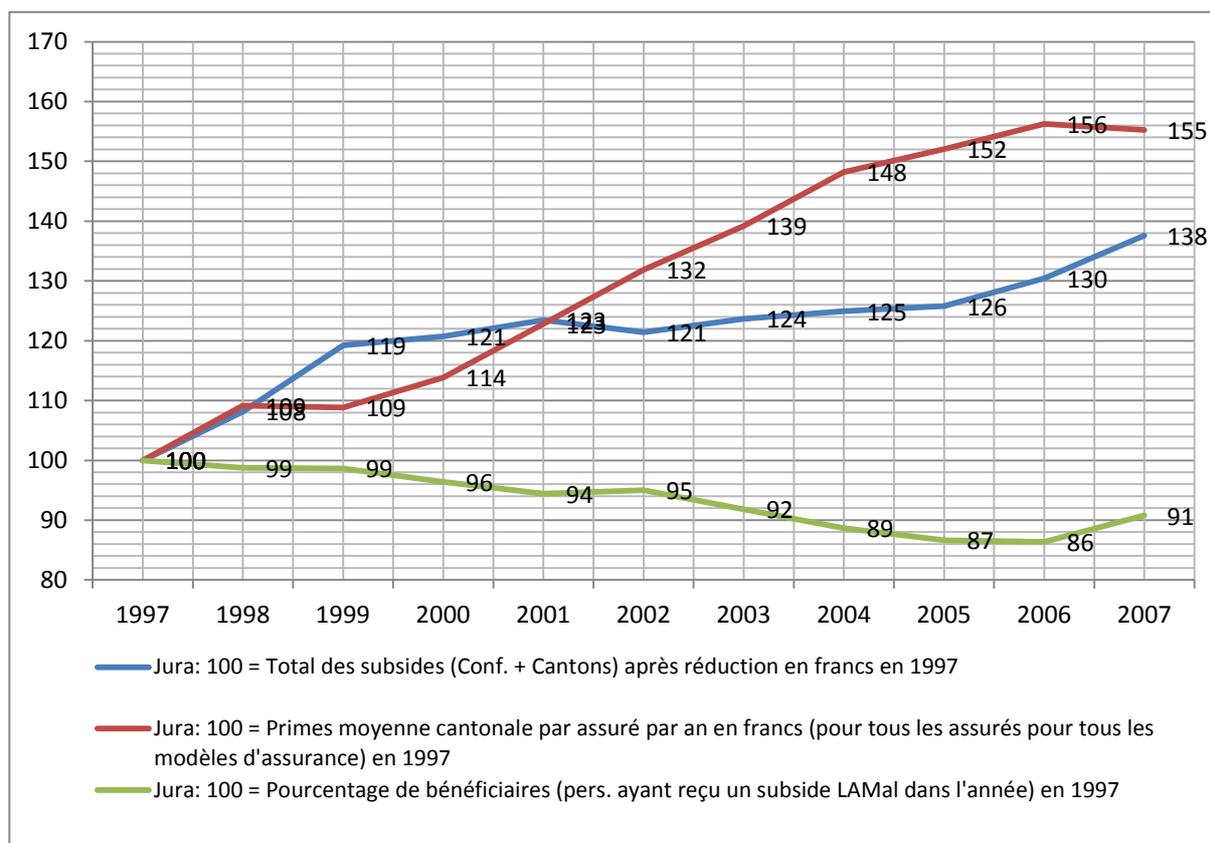
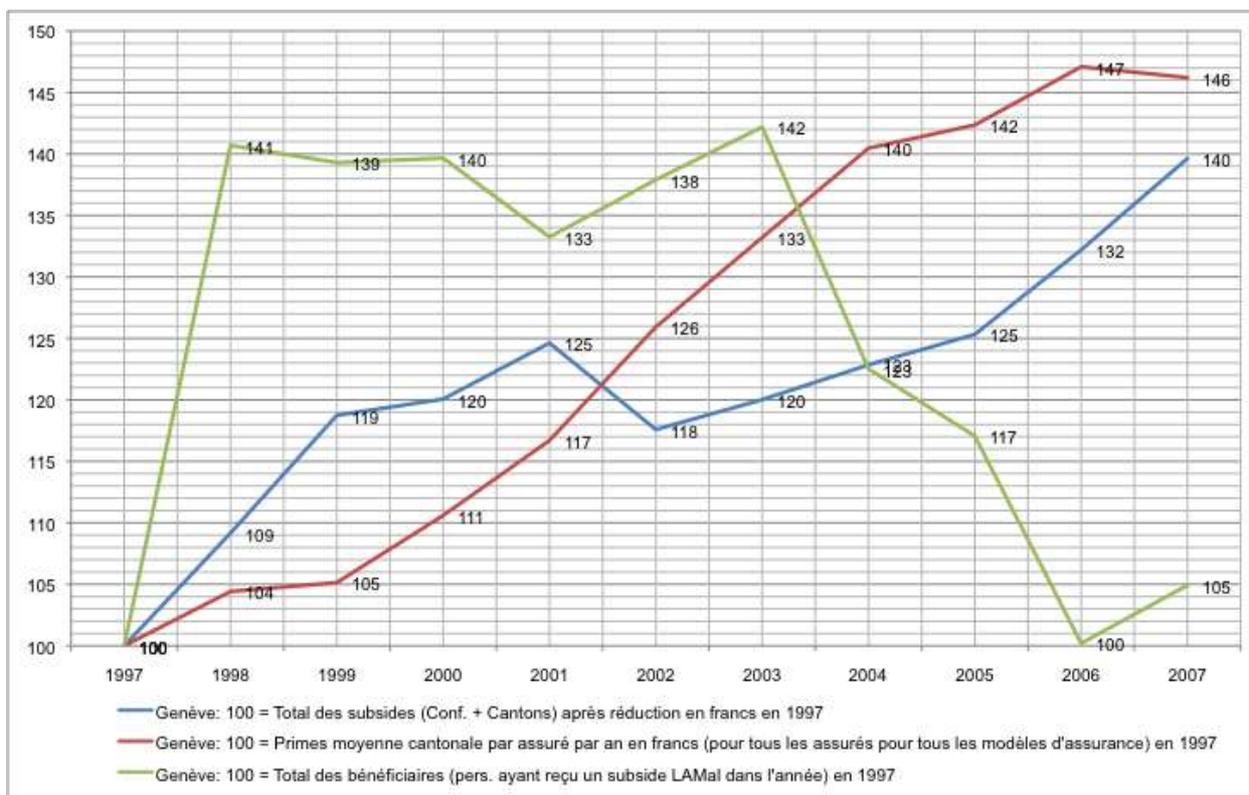
Annexe 2

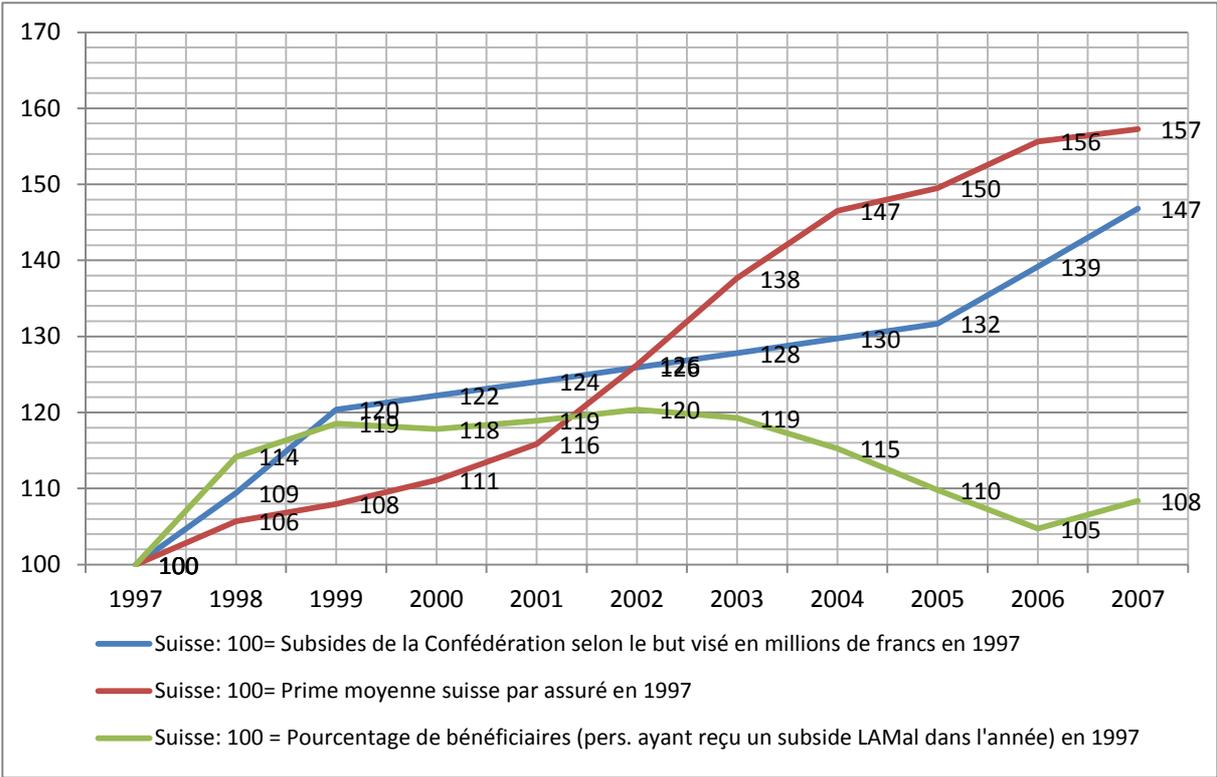
Graphiques : Indices des variations entre 1997 à 2007, du total des subsides après réduction en francs , des primes moyennes cantonales par assuré par an en francs et des pourcentages de bénéficiaires de la réduction des primes











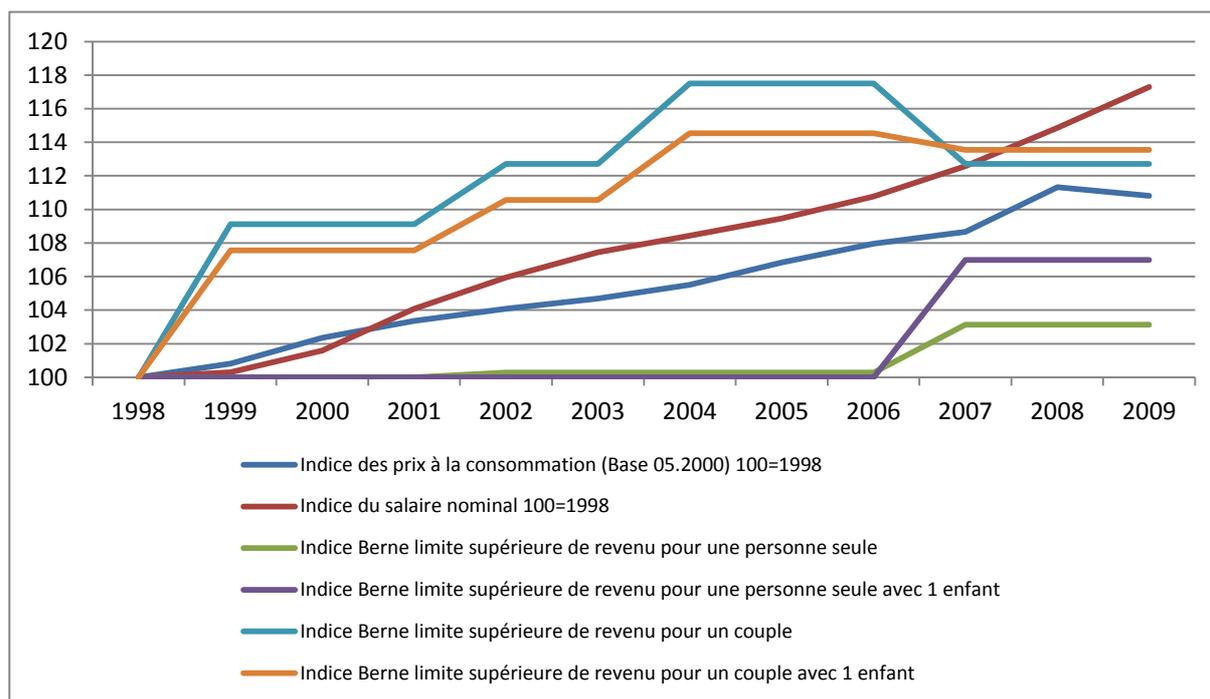
Annexe 3

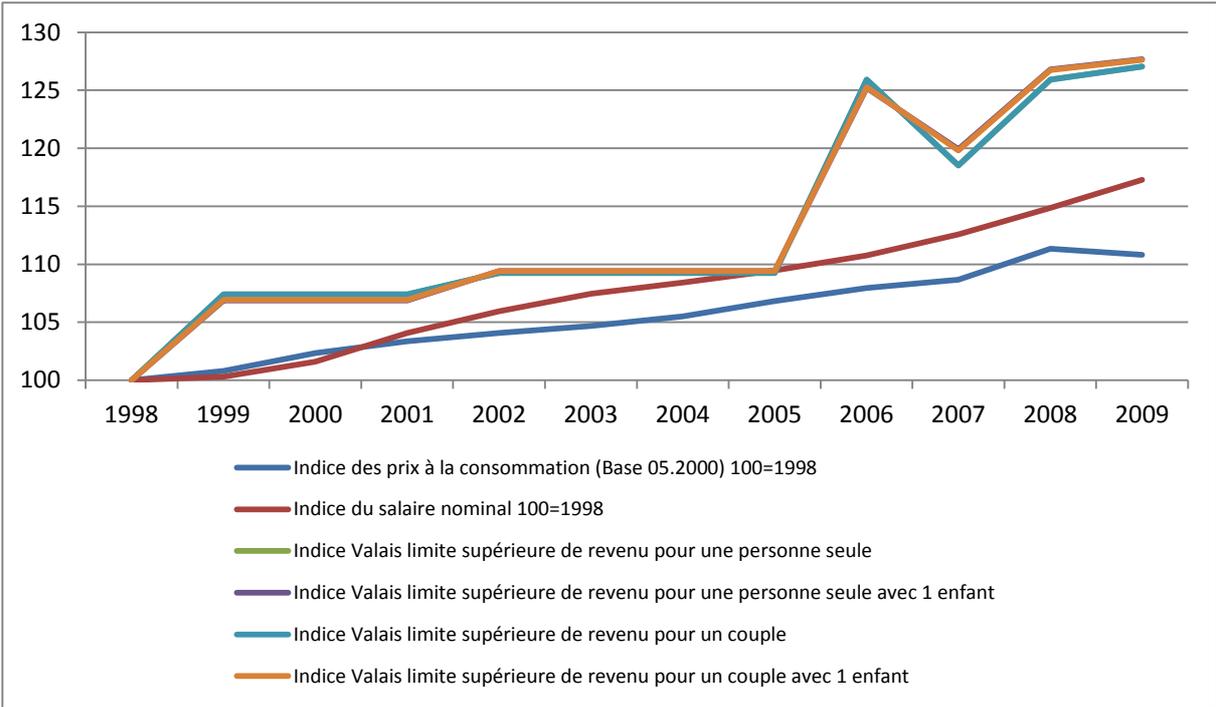
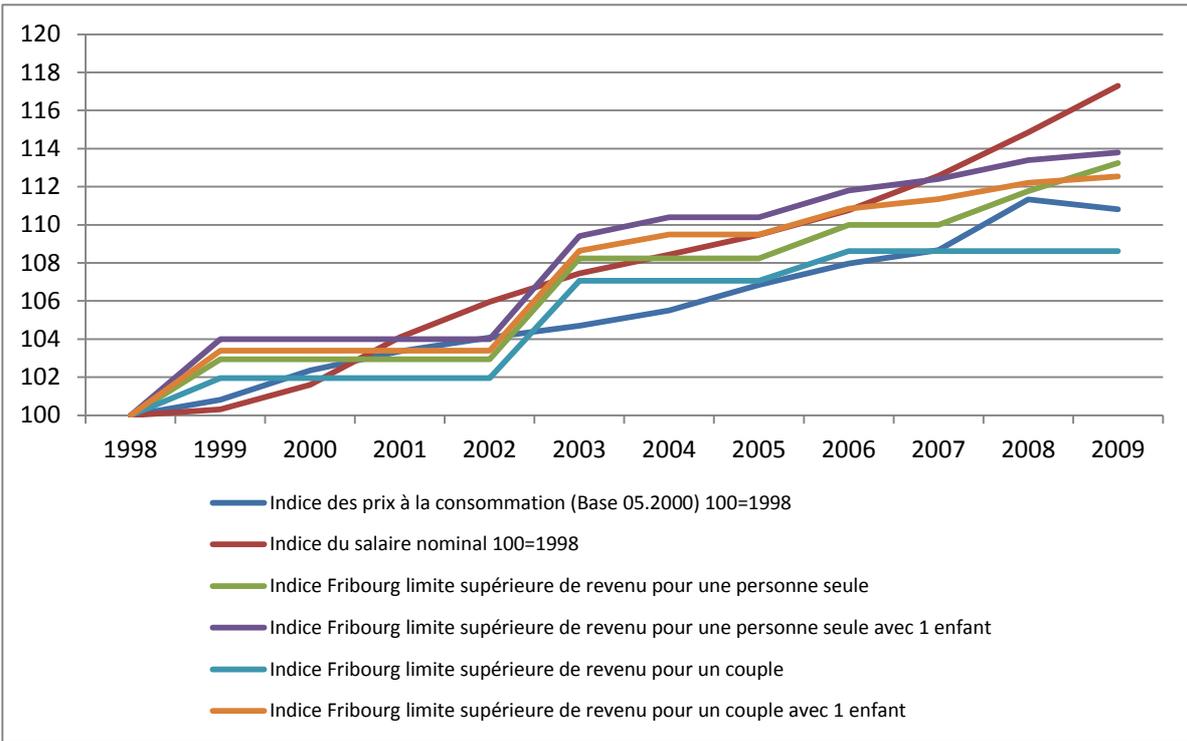
Comparaison de l'indice du salaire nominal en Suisse et de l'indice des prix à la consommation avec l'évolution des limites supérieures de revenu pour une personne seule (sans et avec 1 enfant) et pour un couple (sans et avec 1 enfant).

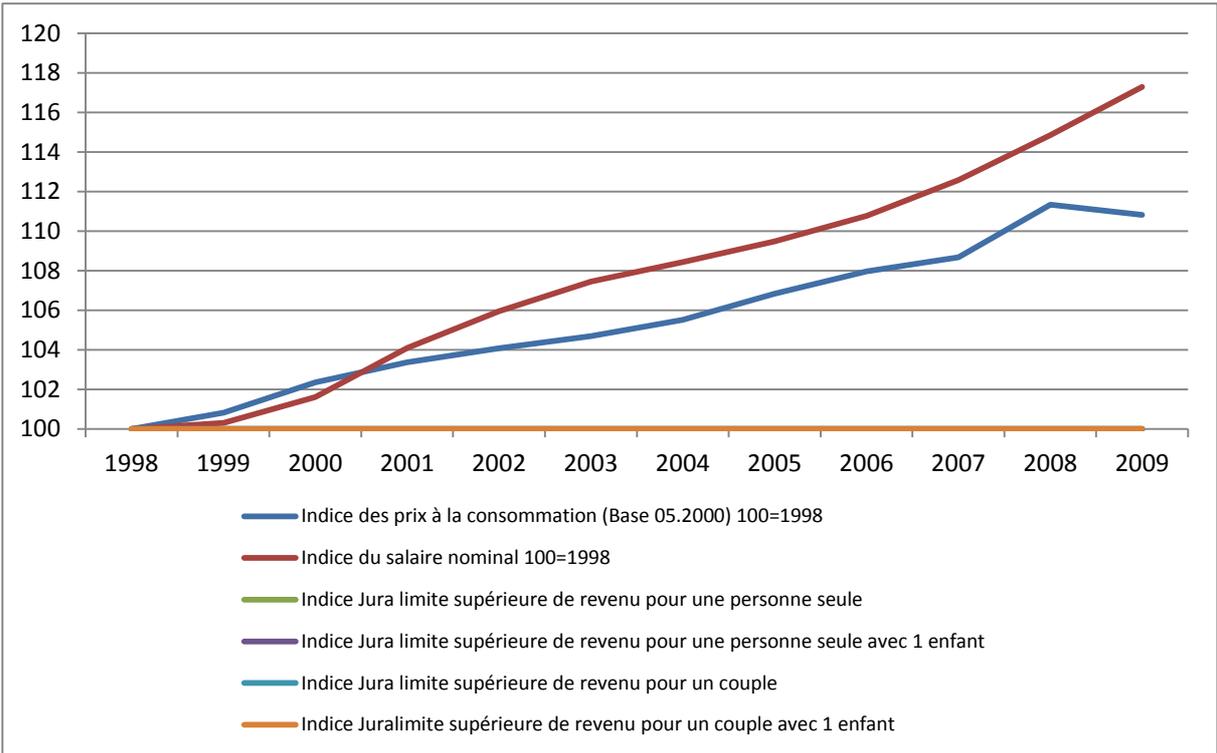
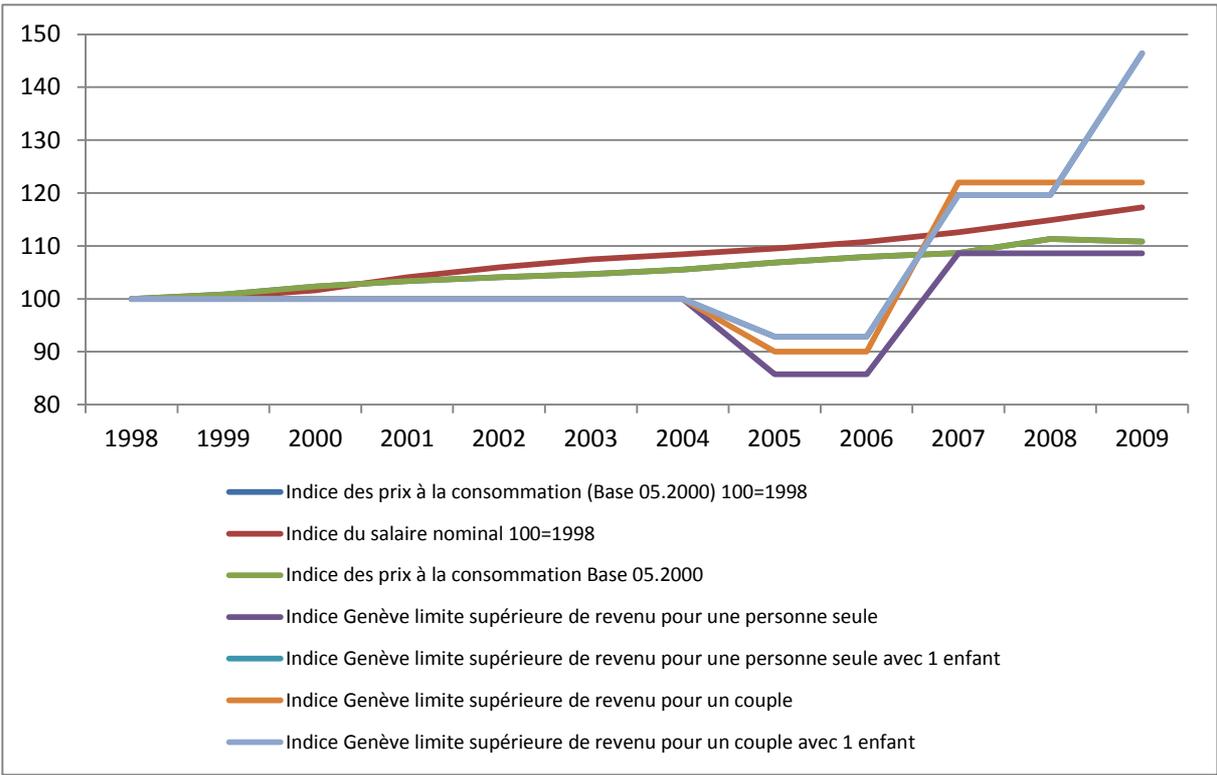
L'indice du salaire nominal (source OFS) 1998= base 100

L'indice des prix à la consommation (source OFS). 1998=100 (base : 05.2000)

Pour les limites de revenu : calcul de l'évolution en francs des limites de revenu de 1998 à 2009 pour les catégories citées. 1998=100







Annexe 4

Tableau : Mesures/conventions, teneurs des conventions et entrée en vigueur par canton

	Mesures / Conventions	Teneur des conventions
BE	Pas de convention	-
FR	<p>Pas de convention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion par les communes. Les communes essaient de convaincre les assureurs de ne pas suspendre les prestations - Projet de loi pour transmettre la gestion des cas des communes à la caisse AVS 	
TI	Pas de convention	Les fournisseurs de prestations de soins de première nécessité envoient la facture au Canton qui décide, au cas par cas, de solder la dette auprès des assureurs ou de payer la facture des fournisseurs de prestations.
VD	<ul style="list-style-type: none"> - Dès 2006 : signature de conventions avec les assureurs - Création d'une unité administrative pour traiter les dossiers des assurés suspendus avec d'importantes factures impayées. - 2009 : Négociation d'une nouvelle convention avec les assureurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Dès 2006 : les assureurs concernés ne suspendent pas les assurés en retard de paiement et le canton paie aux assureurs l'entier du passif sur présentation d'un acte de défaut de bien - 2009 : les assureurs renoncent à toute suspension. Le canton prend en charge forfaitairement 85% du total des arriérés sanctionnés par un ADB, le 100% du total des créances ouvertes concernant les bénéficiaires PC et RI.
VS	Dès 2006 signature d'une convention avec tous les assureurs du canton (sauf quatre)	La convention s'applique au cas attestés par un acte de défauts de biens délivrés dès le 1 ^{er} janvier 2006. Paiement dans les 60 jours au maximum En cas de non-respect du délai l'assureur peut dénoncer la convention. Convention ne s'applique pas aux bénéficiaires de PC et de l'aide sociale.
NE	<ul style="list-style-type: none"> - Plan d'urgence pour garantir la dispensation de soins médicaux aux assurés dont le droit aux prestations était suspendu (soins médicaux, soins à domicile et médicaments). - 2 décembre 2007, octroi par le Grand Conseil d'un crédit supplémentaire de 14,5 millions de francs destiné au rattrapage de l'arriéré dû aux assureurs (primes, participations, intérêts moratoires et frais de poursuite) - Dispositif d'avances financières auquel a adhéré la majorité de pharmaciens pour assurer l'accès aux médicaments des assurés concernés - Convention relative au remboursement des montants liés au contentieux dans l'AOS (LAMal) 	<p>Convention : Prise en charge des dossiers du contentieux dans les 60 jours dès leur présentation avec rectifications subséquentes découlant des contrôles qu'effectuera le SCAM. Prise en charge du montant total des frais. En contrepartie, les assureurs renoncent tant à la compensation des créances qu'à la suspension des prestations pour les assurés.</p> <p>Si pas de convention, procédure normale. Le SCAM rachètera au coup par coup les arriérés mais difficultés intermédiaire pour les assurés.</p>
GE	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une cellule de crise aux HUG pour que les assurés suspendus du remboursement de leurs médicaments puissent continuer à les obtenir gratuitement. Cette cellule intervient principalement pour les malades chroniques, les greffés rénaux, les personnes sous chimiothérapie, les diabétiques et les malades souffrant de problèmes cardio-vasculaires. - Conclusion d'une convention avec certains assureurs-maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convention : non-recours à la suspension des prestations pour les assurés conventionnés en échange d'une prise en charge de 80% Le taux de couverture de cette convention, de 80 % des assurés jusqu'à fin 2009, n'est plus que de 45 % environ, en raison du retrait du Groupe Mutuel.
JU	- Circulaire n°36 du 16 septembre 2004 concernant la prise en charge des frais de poursuites et intérêts moratoires.	- Solution 1 : la caisse de compensation prend en charge tous les actes de défaut de biens correspondant aux primes et participations aux coûts irrécouvrables de tous les assureurs

	<p>- Convention relative au remboursement des montants liés au contentieux dans l'AOS</p> <p>- Convention relative au remboursement forfaitaire des montants liés au contentieux dans l'assurance-maladie</p>	<p>que ne réclament pas les intérêts moratoires et les frais de poursuite.</p> <p>- Solution 2 : Pour les assureurs réclamant les intérêts moratoires et les frais de poursuite, le remboursement des primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite n'aura lieu que pour les assurés qui se sont vus suspendre leurs prestations.</p> <p>L'assureur s'engage à renoncer à la suspension des prestations pour les cas visés par la convention. Le canton simplifie et uniformise la procédure de prise en charge. Après la délivrance d'un acte de défaut de biens, le canton prend en charge l'intégralité des arriérés de primes et de participations aux coûts, les intérêts moratoires et les frais de poursuite (paiement dans les 60 jours).</p> <p>L'assureur renonce définitivement à la suspension de la prise en charge des coûts des prestations dès l'entrée en vigueur de la convention. Le canton prend en charge le 85% des arriérés de primes, de participations aux coûts, des intérêts moratoires et des frais d'office des poursuites.</p>
--	--	--

Chapitre 4

Clause du besoin

1. Introduction

La loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal poursuit trois buts principaux : le renforcement de la solidarité, l'extension du catalogue de prestations remboursées et la maîtrise des coûts. Si le Conseil fédéral estime que la LAMal a permis d'atteindre, dans une certaine mesure, les deux premiers buts, celui de la maîtrise des coûts n'est pas réalisé. C'est dans ce contexte et cette perspective que la limitation des fournisseurs a exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire a été introduite comme mesure extraordinaire de maîtrise des coûts. Le 24 mars 2000, le Conseil fédéral a reçu compétence du Parlement (art. 55a LAMal) de faire dépendre du besoin l'admission des fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire. Cette possibilité est octroyée au gouvernement pour une durée maximale de trois ans. Selon le législateur, le nombre de fournisseurs de prestations a un impact sur le volume de prestations médicales fournies ; plus les premiers sont nombreux, plus le second est important. Il s'agit de l'hypothèse de la demande induite par l'offre (Bétrisey & Jaccard Ruedin, 2007).

Avec l'entrée en vigueur des accords bilatéraux, le 1^{er} juin 2002, le Conseil fédéral craint un afflux de médecins étrangers voulant exercer et ouvrir un cabinet en Suisse. Le 3 juillet 2002, le Conseil fédéral édicte ainsi l'Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins AOS (OLAF), entrée en vigueur le 4 juillet 2002. Cette mesure (moratoire avec introduction d'une clause du besoin) est adoptée pour trois ans. Elle a été ensuite prorogée à trois reprises⁴⁸. Son but est de permettre au législateur de trouver une alternative à la clause du besoin⁴⁹ pour réguler le secteur ambulatoire des soins et particulièrement la gestion du nombre de fournisseurs admis à pratiquer à la charge de l'AOS. Or, le projet alternatif principal du Conseil fédéral consiste en une levée de l'obligation de contracter entre assureurs maladie et fournisseurs de prestations admis selon la loi (Conseil fédéral, 2004a). Ce projet n'a pas réuni les divers acteurs du système de santé car la délégation de pouvoir aux assureurs est jugée excessive (risques de choix des médecins en fonction du type de patients (selon âge et sexe), etc.). De plus, le nouvel article constitutionnel sur la santé « Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie »⁵⁰, soumis au peuple le 1^{er} juin 2008, a été refusé principalement pour cette même raison. Le projet de révision LAMal « Managed care », refusé massivement par le Peuple, le 17 juin 2012, incitant le travail en réseau, a été régulièrement considéré comme l'alternative la plus probable à la clause du besoin.

⁴⁸ Le 25 mai 2005 (jusqu'au 3 juillet 2008), le 25 juin 2008 (jusqu'au 31 décembre 2009) et le 21 octobre 2009 (jusqu'au 31 décembre 2011).

⁴⁹ La limitation des admissions est tantôt dénommée « clause du besoin », « moratoire sur l'ouverture des cabinets », « gel des cabinets médicaux ». Nous utilisons principalement le terme « clause du besoin ».

⁵⁰ Contre-projet à l'initiative populaire « Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base ».

La possibilité pour les cantons de limiter l'offre de fournisseurs, est annoncée par le Conseil fédéral comme un instrument permettant de piloter l'offre du secteur ambulatoire. Les cantons ont en effet la compétence et le devoir d'assurer l'approvisionnement en soins de leur population. Pour autant, si dans le secteur hospitalier les cantons ont des compétences étendues de planification, il en va différemment du secteur ambulatoire. Les fournisseurs y sont libres d'exercer leur profession en tant qu'indépendants, l'article 27 de la Constitution fédérale leur garantissant la liberté économique. Les fournisseurs passent donc contrat avec les assureurs-maladie et, en tant que prestataires tarifaires, fixent de manière autonome les tarifs. De nombreuses informations sur le volume des prestations, les taux d'activité, les sous-spécialités (pour les médecins) par exemple sont en main des prestataires tarifaires. Ces informations sont pourtant cruciales pour le pilotage du secteur ambulatoire.

L'étendue du pilotage des cantons se limite ainsi à l'organisation du système de soins. Pourtant, au-delà de la question de la maîtrise des coûts, le pilotage de l'offre de fournisseurs est central pour l'ensemble des cantons qui font face à différents facteurs influençant la qualité et l'approvisionnement en soins : pléthore de fournisseurs dans les zones urbaines, risques de pénurie dans les zones périphériques, répartition non homogène des spécialités par zone géographique ou encore pénurie de médecins généralistes. Ces différences existent entre les cantons étudiés, où la situation de l'offre dans le canton de Genève ou du Tessin, par exemple, est bien différente de celle du canton du Valais ou du Jura.

La recherche analyse donc la mise en œuvre de la mesure de clause du besoin par les cantons et les possibilités réelles à disposition de ces derniers pour piloter l'offre du secteur ambulatoire. Dans un premier temps, un état des lieux expose les coûts du système ambulatoire des soins et les déterminants de leur croissance. Ensuite sera décrit le secteur ambulatoire des soins (définition, financement, situation de l'offre de fournisseurs), puis seront présentés les acteurs impliqués dans le pilotage, les objets et buts possibles d'une régulation de ce secteur.

2. La régulation du secteur ambulatoire

2.1. Les coûts du système ambulatoire

Les dépenses pour les prestataires du secteur ambulatoire ont progressé de 5,4 % en 2008 par rapport à 2007. La hausse moyenne observée entre 2003 et 2008 s'élève à 4%. Dans le secteur ambulatoire des soins, la hausse des coûts pour les médecins entre 2003 et 2008 s'élève à 4,2% et correspond à la hausse moyenne pour les autres prestataires, à savoir : dentistes, physiothérapeutes, psychothérapeutes, services de soins à domicile, autre-paramédical, laboratoires d'analyse. Les médecins sont les principaux fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire des soins, représentant 8,3 milliards de francs pour 2008 sur 18,5 milliards de coûts totaux pour le secteur ambulatoire. Suivent les dentistes (3,7 milliards) et les soins à domicile (1,3 milliard).

Le chapitre introductif présente les principaux déterminants de l'augmentation des coûts de santé. Parmi ces derniers, la « demande induite par l'offre » sous-tend l'introduction de la clause du besoin. On s'intéresse donc au comportement des prestataires de soins dans le secteur ambulatoire avec l'introduction de la « clause du besoin ». L'hypothèse de la « demande induite » repose sur une relation établie entre l'augmentation de l'offre dans un secteur régi par le paiement à l'acte et la hausse du volume des prestations. Selon cette hypothèse, lorsque la densité médicale augmente, la concurrence s'accroît entre les fournisseurs de prestations. Le nombre de patients restant stable, l'activité se

répartit entre davantage de fournisseurs. Pour résister à cette concurrence, les fournisseurs de prestations peuvent ainsi avoir tendance à augmenter le nombre d'actes médicaux pour compenser la diminution du nombre de patients et maintenir leur niveau de revenu. Comme le patient dispose de moins d'informations que le médecin et n'est pas en mesure d'apprécier objectivement et rapidement la pertinence de ces actes, le médecin peut en principe déterminer les prestations du patient sans obstacle particulier (Vuilleumier, Pellegrini & Jeanrenaud, 2007, p. 30). Tant dans la décision initiale de limiter les admissions que dans les projets de « sortie » de la clause du besoin (liberté de contracter, managed care), l'augmentation des coûts dans le secteur ambulatoire des soins est systématiquement lue, pour une part de l'explication, à travers cette hypothèse de la demande induite par l'offre.

2.2. Le secteur ambulatoire en Suisse

Définition et périmètre

En Suisse, le secteur ambulatoire des soins regroupe de nombreux fournisseurs de prestations. Globalement le système de soins peut être divisé en quatre sous-systèmes : les soins ambulatoires de 1er recours (omnipraticiens, pédiatres, gynécologues), les soins ambulatoires spécialisés, les soins hospitaliers aigus (tous statuts confondus) et les soins en institution pour malades chroniques (EMS, etc.). Ces quatre sous-systèmes ont trois fonctions : l'orientation de la demande (décision de prise en charge, etc.), la définition de la demande (évaluation de la situation clinique, diagnostic, orientation sur la prise en charge thérapeutique) et enfin la satisfaction de la demande (mise en œuvre des moyens thérapeutiques) (Canton de Vaud : 1989). Ils peuvent être regroupés en deux ensembles : les soins ambulatoires de 1er recours et spécialisés et les soins hospitaliers aigus et chroniques. Le secteur ambulatoire dispense des soins médicaux généraux, effectue des diagnostics, dispense des soins obstétricaux, périnataux, des soins aux enfants ou encore prodigue des soins dentaires, des réadaptations (OCDE, 2006, p. 45). Dans le cas suisse, les soins ambulatoires sont définis par la négative. « Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49 al. 6 de la loi (LAMal) les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitement ambulatoire » (art. 5 OCP). Les traitements dits hospitaliers représentent les séjours d'au moins 24 heures, avec occupation d'un lit durant une nuit, à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital ou encore en cas de décès (art. 3 OCP).

Soulignons que les domaines stationnaires et ambulatoires des soins ne sont pas cloisonnés mais présentent de nombreuses interfaces (Sager, Ruefli & Wälti, 2010). D'une part, les médecins actifs en milieu hospitalier exercent parfois en privé. Les patients transitent entre le secteur stationnaire et ambulatoire, souvent les deux domaines travaillent ensemble pour un même patient. Par ailleurs, la demande en prestations ambulatoires à l'hôpital a fortement augmenté ces dernières années comme le reflète l'évolution des coûts de ce secteur (voir plus haut). Au niveau de l'offre de soins, les médecins en pratique privée sont formés dans les hôpitaux. Ainsi, la politique de formation dans les hôpitaux (nombre de médecins formés, qualité, etc.) a une influence directe sur l'offre future dans le secteur ambulatoire. Pour autant, si les interfaces existent au niveau des prestations allouées dans ces deux secteurs, le système de financement (voir chapitre suivant) est très divers et induit des différences de régulation.

En Suisse, les soins ambulatoires sont fournis en majorité par des médecins libres praticiens, par les unités ambulatoires des hôpitaux privés et publics, de même que par des organisations de soins intégrés. Plus généralement, le secteur ambulatoire regroupe différentes catégories de fournisseurs de

prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS : les médecins, les pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, laboratoires, centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques, hôpitaux, maisons de naissance, EMS, établissements de cure balnéaire, entreprises de transport et de sauvetage, institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al.2 let. a à n LAMal).

Parmi les médecins pratiquant dans le secteur ambulatoire, deux catégories peuvent être définies : les médecins de 1er recours et les médecins spécialistes. L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) répartit comme suit les différents types de médecins, selon les formations postgraduées obtenues (Bétrisey & Jaccard Ruedin, 2007) :

Médecine de 1er recours :

- Médecine de base : médecins praticiens, généralistes, internistes sans sous-spécialité, cabinets de groupes, médecins sans titre reconnu.
- Gynécologie.
- Pédiatrie.

Médecine spécialisée :

- Médecine spécialisée sans activité chirurgicale, avec sous-spécialités en médecine interne : allergologie, angiologie, cardiologie, rhumatologie, endocrinologie-diabétologie, pneumologie, hématologie, gastro-entérologie, néphrologie, neurologie, médecine physique et réhabilitation, oncologie, infectiologie. Autres spécialisations : médecine tropicale, dermatologie-vénérologie.
- Médecine spécialisée avec activité chirurgicale : chirurgie, chirurgie pédiatrique, orthopédie, ophtalmologie, ORL, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, urologie, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie esthétique.

Modalités de financement

Les fournisseurs de soins, tels les médecins généralistes et spécialistes, qui dispensent des soins de type ambulatoire dans des unités ambulatoires ou en hôpital sont rémunérés à l'acte. Il en est de même des autres fournisseurs exerçant comme libres praticiens : infirmières, dentistes, physiothérapeutes, (etc.). Les médecins exerçant dans des modèles de réseaux intégrés peuvent être rémunérés différemment selon les modalités spécifiques du réseau. En Suisse, si les tarifs sont négociés entre les partenaires tarifaires, ils sont régulés par les autorités.

Le remboursement des prestations est basé sur le tarif fixé dans des conventions ou par les autorités (art. 44 LAMal). Des conventions tarifaires sont ainsi négociées entre assureurs et fournisseurs de prestations (art. 43 al.4 LAMal). En général, les tarifs sont conclus entre un ou plusieurs fournisseurs (des fédérations de fournisseurs comme celle des médecins, la FMH, etc.) et un ou plusieurs assureurs. La LAMal détermine un cadre de négociation (art. 43 LAMal). Le Conseil fédéral ou le gouvernement cantonal représentent l'autorité d'approbation des tarifs (art. 46 al.4 LAMal). Ils examinent les tarifs négociés sous l'angle des critères d'économicité et d'équité (art. 46 LAMal). Dans le secteur ambulatoire, l'autorité d'approbation dispose du « tarif-cadre » utilisable en cas de suppression de la convention tarifaire. Le Conseil fédéral d'abord, puis maintenant le tribunal administratif fédéral est en outre l'instance de recours : « les décisions des gouvernements cantonaux portant sur les approbations et les fixations des tarifs comme sur la détermination d'un budget global sont attaquables » (Schneider : 2001). Depuis le 1er janvier 2004, les médecins appliquent un tarif uniforme : le TARMED. Des points tarifaires sont attribués à chaque prestation selon le temps nécessaire, le degré de difficulté,

l'infrastructure utile, le type de prestation (médicale ou technique). Les valeurs des points diffèrent cependant entre les cantons puisque le TARMED a repris les tarifs cantonaux en vigueur avant son introduction.

En comparaison, l'assurance-maladie paie, jusqu'en 2012, les tarifs des prestations stationnaires, dans les hôpitaux publics et subventionnés, jusqu'à un maximum de 50%, 55% dès 2012. Les cantons paient l'autre partie. « Dans certains cantons, la participation des cantons au financement des coûts des prestations stationnaires atteint 65% » (Kocher & Oggier, 2011). Dès 2012, le nouveau financement hospitalier instaure le passage d'un financement des coûts imputables à un hôpital en tant qu'entreprise à un financement des prestations effectivement fournies avec une répartition des coûts entre assureurs (45%) et cantons (55%).

Répartition du financement

La compréhension du financement du système de santé et particulièrement du secteur ambulatoire des soins est centrale pour aborder le pilotage de ce secteur et identifier les acteurs impliqués. Globalement, la part de financement étatique (Confédération, Canton, Communes) du système de santé s'élève à 18,3% en 2008, part bien inférieure à celle des assurances, atteignant 41,2% dont 35,2% pour la seule assurance-maladie obligatoire AOS. Le financement par les ménages privés s'élève à 30,5% du financement total. Au niveau du secteur ambulatoire, seul 4,1% (0.73 milliard) des coûts totaux (18,06 milliards) sont financés par l'Etat (Cantons : 2% et Communes : 2,1%). Les assurances couvrent 45,6% des coûts (40,4% pour l'AOS : 7,3 milliards), alors que les ménages privés s'acquittent de 40,8% des coûts (7,4 milliards). La part du financement étatique dans le secteur ambulatoire couvre principalement les coûts des soins à domicile, l'Etat n'intervenant aucunement dans le financement des fournisseurs de prestations tels les médecins, pharmaciens, psychothérapeutes ou encore physiothérapeutes (OFS, 2011). La faible participation étatique au financement du secteur ambulatoire explique d'une certaine manière le faible pouvoir décisionnel des autorités dans ce secteur.

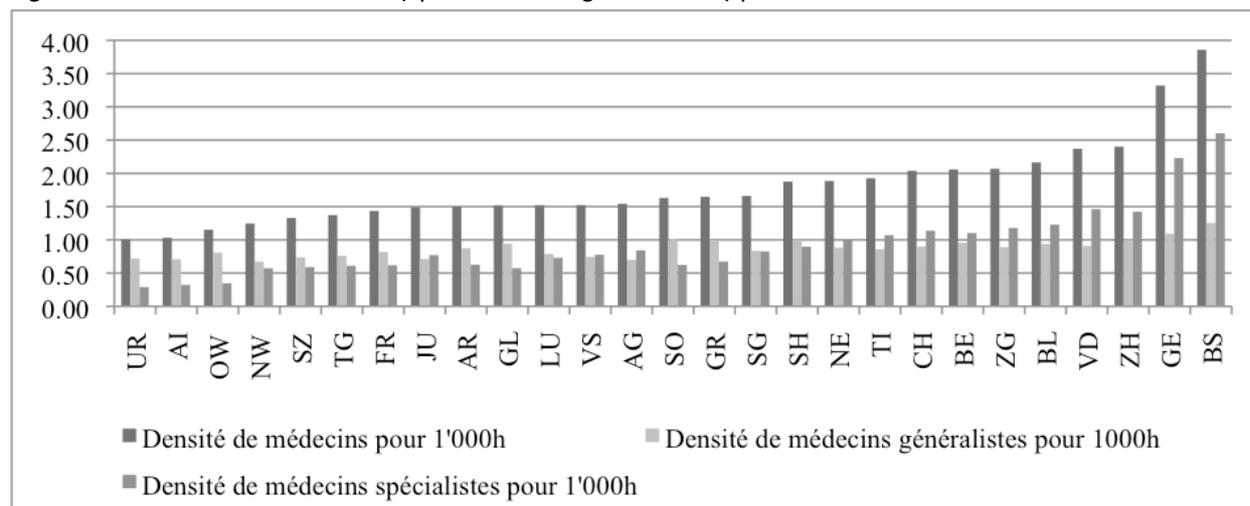
Démographie médicale en Suisse

Les analyses sur l'évolution de la démographie médicale et les discussions liées aux possibles pléthores ou pénurie de médecins ne sont pas récentes. Dans leur ouvrage consacré à la démographie médicale en Suisse, Gilliland, Laplanche, Menthonnex & Rossini (1991) relèvent que durant les années 1930 déjà, des craintes liées à la pléthore de médecins émaillent les débats sur la loi vaudoise sur l'organisation sanitaire. Durant les années 1960, la pénurie de médecins dans les hôpitaux est considérée, alors que durant les années 1970, la forte expansion du nombre d'universitaires fait craindre une augmentation importante de médecins formés. Dès lors, et particulièrement dans les années 1990, le spectre d'une possible pléthore de médecins s'empare des milieux politiques. C'est que l'hypothèse d'une corrélation positive entre cette évolution et la hausse des coûts dans le domaine de la santé (relativisée aujourd'hui) amène à craindre un nombre trop élevé de médecins.

Selon les données officielles (OFSP, 2011b), la densité de médecins en pratique privée (nombre de médecins pour 1000 habitants) est passée de 1,87 en 1998 à 2,04 en 2009. La progression a été plus forte dans les zones disposant d'un hôpital universitaire (Bâle, Zurich, Berne, Genève et Lausanne) que dans les régions périphériques. De manière générale, les densités de médecins (spécialistes et généralistes) varient beaucoup selon les cantons. Le graphique ci-dessous montre qu'en 2009 tous les cantons universitaires ont des densités de médecins supérieures à la moyenne suisse et un assez fort

déséquilibre (sauf pour Berne) entre les densités de spécialistes et de généralistes. A l'inverse, les cantons plus périphériques ont des densités tendanciellement inférieures à la moyenne Suisse.

Figure 4.1 : Densité de médecins (spécialistes et généralistes) par canton en 2009



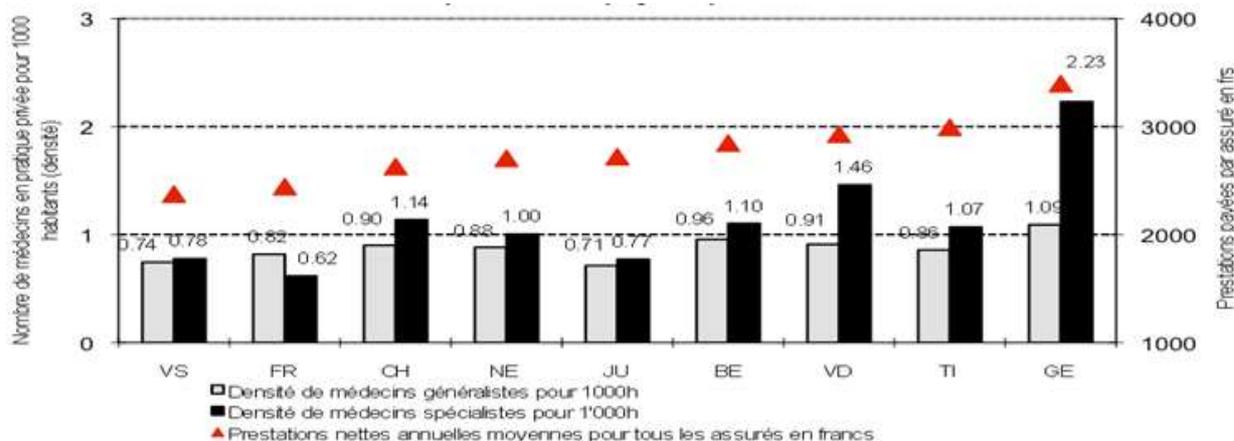
Source : Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2009 : T.9.09

L'âge moyen des médecins en exercice, en 2010, se situe à 42,8 ans dans le secteur hospitalier (39,7 pour les femmes et 44,9 pour les hommes) et à 53 ans dans le secteur ambulatoire (50 pour les femmes et 54,4 pour les hommes) (Kraft, 2011). Ces différences s'expliquent par le fait que la formation postgraduada s'effectue dans le milieu hospitalier et que l'installation en cabinet intervient au terme de cette formation. Notons que dans les cantons et/ou les régions plus périphériques, l'âge moyen des praticiens a tendance à s'élever induisant des problèmes de relève à court et moyen termes.

Éléments statistiques : offre de médecins

L'offre de médecins varie énormément selon les cantons comme l'illustre le graphique ci-dessous. D'une part, les densités de médecins généralistes sont systématiquement inférieures à celles des spécialistes, hormis pour Fribourg. Les densités des médecins de 1er recours varient entre 0,71 pour le Jura et 1.10 pour Berne. Des écarts de densités bien plus élevés sont constatés pour les médecins spécialistes. Les cantons universitaires de Berne, Vaud et Genève ont des densités respectives de 1,10, 1,46 et 2,23 pour une moyenne suisse de 1,14. De plus, le graphique illustre les prestations annuelles moyennes pour tous les assurés en francs payées par canton. L'Office fédéral de la santé publique OFSP, dans sa statistique de l'assurance-maladie, relève la corrélation existant entre la densité de médecins spécialistes et les prestations payées par canton, sans forcément en déduire une causalité directe. Il apparaît en effet que pour les cantons de Berne, Vaud et Genève, une telle tendance est observable. Pour autant, l'exemple du Tessin montre que malgré des densités de spécialistes inférieures à ces trois autres cantons, les prestations payées sont supérieures aux cantons de Berne et de Vaud.

Figure 4.2 : Densité de médecins en pratique privée (généralistes et spécialistes) et prestations payées par canton en 2009



Source : / 9.09 & T 2.03 STAT AM 09

Selon l'OBSAN, des différences de densités de médecins (pour 10'000 habitants) apparaissent entre régions. Or, la densité de médecins ne permet pas d'établir finement la situation de l'offre, puisque les taux d'activité des fournisseurs, de même que le volume des prestations ne sont pas connus et difficiles à établir. Ainsi, l'OBSAN a réalisé de nombreuses études sur l'offre en soins en établissant un modèle de calcul mettant en rapport le nombre de praticiens inscrits au registre des codes créanciers de santé suisse et leur taux d'activité estimé sur la base du volume d'activité facturé à l'AOS. Précisément, l'OBSAN calcule l'Activité Plein Temps (APT) basée « sur la distribution nationale du nombre de consultations facturées à l'AOS et le nombre de patients traités dans l'année par l'effectif de chaque spécialité. Pour chacune de celles-ci, le seuil correspondant à 1 ATP a été fixé au percentile 75 de ces distributions. (...) L'ATP exprime donc une quantité de prestations disponibles (consultations fournies ou patients traités) pour chaque spécialité» (Bétrisey & Jaccard Ruedin, 2007).

Tableau 4.1 : Offre de médecins par catégorie de spécialité : densité et Activité Plein Temps (ATP)

	Médecine de base ⁵¹		Médecine de base plus ⁵²		Médecine spécialisée sans activité chirurgicale		Médecine spécialisée avec activité chirurgicale		Psychiatrie	
	MED/10'000 h	APT/10'000 h	MED/10'000 h	APT/10'000 h	MED/10'000 h	APT/10'000 h	MED/10'000 h	APT/10'000 h	MED/10'000 h	APT/10'000 h
Centre avec Hôpital Universitaire	12.7	6.3	29.6	15.1	5.8	3.3	6	3.4	7.8	8.7
Région métropolitaine	8.5	5.8	16.5	11.2	2.1	1.6	2.4	1.9	2.4	3.5
Agglomération tertiaire	9.1	6.7	18.2	13.5	3.6	2.5	4	3	2.7	4.6
Région industrielle	7.9	6.6	15	11.5	1.8	1.3	2.3	1.7	1.8	2.8
Région touristique	9.6	6.9	14.4	10.7	2.2	1.6	2.3	1.5	0.9	0.8
Région rurale	7.8	6.6	12.3	10.2	1	0.8	1.5	1.1	0.8	0.9
Suisse	9.4	6.3	18.7	12.3	3	2	3.4	2.3	5.4	4.2

⁵¹ Médecine de base : généralistes (internistes sans sous-spécialité, généralistes, praticiens et cabinets de groupe).

⁵² Médecine de base : généralistes, gynécologues, pédiatres.

En regard du tableau ci-dessus et des régions définies par l'OBSAN (voir chapitre 1), les cantons sont regroupés en 4 catégories. (1) Genève est le seul canton doté d'une grande région et d'un centre hospitalier universitaire dont les densités de médecins sont plus élevées que la moyenne suisse. (2) Berne et Vaud disposent à la fois d'un pôle universitaire, d'une région métropolitaine et de régions industrielles et rurales et font donc face à des problématiques d'offre relativement semblables avec à la fois des régions à fortes et faibles densités de médecins. (3) Fribourg, Neuchâtel, Valais et Jura n'ont pas de centre universitaire et de région métropolitaine mais des agglomérations tertiaires, des régions rurales, industrielles et/ou touristiques avec des densités tendanciellement inférieures à la moyenne suisse dans toutes les types d'activité. (4) Le Tessin enfin, ne dispose pas de centre universitaire mais de régions métropolitaine, rurale et touristique avec à la fois des régions à densité supérieures et inférieures à la moyenne suisse. Ce canton partage avec le Canton de Genève la caractéristique d'être un canton frontalier dont la pression des médecins italiens et français pour s'installer est forte.

L'OBSAN, dans son étude de 2004 comme dans l'étude concernant l'offre et le recours aux soins à l'horizon 2030 (Seematter-Bagnoud et al., 2008), montre que la médecine de base est la plus touchée par la diminution des effectifs et que l'écart entre l'offre et le recours en soins pourrait s'élever à 40% de demandes non satisfaites. Les spécialités sont également touchées par une diminution de l'effectif de l'ordre de 20%. Différentes tendances sont évoquées :

1. Diminution du taux d'activité des médecins dans le secteur ambulatoire. Dans toutes les spécialités, sauf la psychiatrie, l'augmentation des effectifs coïncide avec une diminution des taux d'activité. Cette diminution est due à différents facteurs : réduction volontaire du temps de travail, féminisation de la médecine et développement du temps partiel, diminution du nombre de consultations mais augmentation de leur durée ou encore exercice de l'activité dans d'autres domaines que l'AOS (autres assurances, autres activités). Relevons que le taux d'activité est particulièrement élevé chez les praticiens exerçant dans des régions périphériques.
2. En raison d'effectifs plus réduits dans les zones périphériques, les médecins ont des taux d'activité plus élevés. La possibilité d'absorption d'une demande plus élevée est donc moindre. Plusieurs facteurs expliquent la désaffection des médecins des zones périphériques : attractivité plus faible des hôpitaux, conditions de vie différentes (moins d'offre de services que dans les régions urbaines), conditions de travail plus difficiles (gardes nombreuses).
3. Un déséquilibre existe entre médecine de 1er recours et spécialisée. Le nombre de titres de spécialistes s'élève à quarante-quatre. Dans le système de tarification Tarmed, les médecins de 1er recours ne peuvent utiliser que quatre positions, alors que les spécialistes peuvent utiliser les positions de spécialiste (mieux rémunérées) et de généraliste. L'abaissement des tarifs des laboratoires a également diminué la rémunération des médecins de 1er recours. La féminisation croissante et le développement du temps partiel sont souvent peu compatibles avec la gestion d'un cabinet individuel. Enfin, beaucoup de médecins renoncent, en amont, à la formation en médecine générale. La relève est donc difficile dans cette spécialité.

2.3. Régulation du secteur ambulatoire

Les éléments présentés ci-avant sont inhérents aux diverses problématiques relatives à l'offre dans le secteur ambulatoire. Ils tendent à montrer que le libre marché ne semble pas permettre une répartition équilibrée de l'offre de médecins entre disciplines et régions. Or, les principaux acteurs du secteur ambulatoire ne parviennent pas à s'entendre sur le type de régulation du secteur. Il importe donc

d'identifier les principaux acteurs du secteur ambulatoire et de mettre en évidence les objets, buts et instruments de pilotage d'une régulation possible du secteur ambulatoire.

A. Les acteurs

Un certain nombre d'éléments ont précédemment attesté que les compétences et ressources sont inégalement réparties entre les acteurs composant le secteur ambulatoire. Les pratiques tarifaires, tout comme la répartition du financement des prestations ont montré la grande autonomie des partenaires (fournisseurs de prestations et assureurs-maladie) et la faible implication (y compris financière) des autorités publiques dans le secteur ambulatoire. Les principaux acteurs privés du secteur ambulatoire des soins sont les fournisseurs des prestations, les assureurs et les assurés/patients. Les autorités politico-administratives forment les acteurs publics (Confédération, Cantons, Communes, etc.).

Les autorités politico-administratives

Les compétences étatiques en matière de gestion du secteur ambulatoire sont limitées. Elles consistent à fixer un cadre à l'intérieur duquel évoluent des organisations privées disposant d'une liberté d'action importante. Conformément à l'article 41 de la Constitution, la Confédération et les cantons doivent s'engager, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, afin que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. De plus, la Confédération légifère sur l'assurance-maladie (art. 117 Cst.) et prend des mesures pour protéger la santé (art. 118 Cst.). Voici les principales compétences en lien avec la problématique du secteur ambulatoire et de la clause du besoin.

Au niveau fédéral, par la loi sur l'assurance-maladie, les principales compétences du Conseil fédéral et du Département de l'Intérieur (DFI) sont :

- Définition des fournisseurs de prestations et des conditions d'admission à pratiquer à charge de l'AOS et des assureurs.
- La LAMal précise les catégories de fournisseurs qui sont admis à pratiquer à charge de l'AOS (art. 35 LAMal), définit les conditions d'admission des médecins à pratiquer à charge de l'AOS (art. 36 LAMal). Le Conseil fédéral règle l'admission des médecins titulaires d'un certificat scientifique. Concernant les assureurs, le DFI délivre les autorisations de pratiquer aux assureurs (art. 13 LAMal) répondant aux conditions définies par le législateur (art. 13 al.2 let. b LAMal). Les assureurs doivent transmettre les données statistiques souhaitées au DFI notamment pour la surveillance de la pratique des assurances (art. 21 LAMal).
- Principes tarifaires (art. 43 à 53 LAMal). Approbation par le Conseil fédéral des conventions tarifaires étendues à toute la Suisse, examen de la conformité à la loi, à l'équité et aux principes d'économie (art. 46 LAMal).
- Le Conseil fédéral surveille la mise en œuvre de l'assurance-maladie (art. 21 LAMal).
- Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission de fournisseurs de prestations à exercer à charge de l'AOS (art. 55a LAMal).

Les compétences dans les domaines de la formation et des professions de santé sont les suivantes : réglementation de la formation de base et complémentaire pour les professions de la santé non universitaires, organisation des examens des professions médicales universitaires (médecine humaine, dentaire, vétérinaire et pharmacie), reconnaissance des diplômes et titres postgradués, reconnaissance de la formation pour certaines professions non universitaires ou encore les écoles polytechniques fédérales (dont les écoles de pharmacie).

Au niveau cantonal, les compétences relèvent de l'application du droit fédéral, de la surveillance (autorisation d'exercer une profession de la santé et formation professionnelle, police sanitaire, surveillance des hôpitaux, cliniques psychiatriques, EMS). Mais les cantons ont surtout le mandat de garantie de l'approvisionnement en soins de la population. Concernant la formation, les cantons sont en charge des écoles professionnelles, des hautes écoles, des universités cantonales ayant une faculté de médecine. Les cantons sont également compétents dans la délivrance des autorisations d'exercer à la charge de l'AOS aux fournisseurs de prestations. Il s'agit d'une décision distincte de l'autorisation d'exercer la profession. « L'imposition de qualifications ou de restrictions supplémentaires n'est possible qu'en vertu de la LAMal » (Kocher & Oggier, 2005 : 250). Dans le cadre de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, les cantons doivent être consultés, ils désignent les fournisseurs de prestations et les médecins visés par cette limitation (art. 55a LAMal). Enfin, dans le cadre de la Loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd) et son article 37, le canton peut prévoir que l'autorisation de pratiquer à titre indépendant soit soumise à des restrictions temporelles, géographiques ou techniques ainsi qu'à des charges pour autant que ces charges et restrictions soient imposées par la Confédération ou qu'elles soient nécessaires pour garantir des soins médicaux fiables et de qualité.

Enfin, les Communes sont notamment compétentes dans l'application du droit cantonal, dans la fourniture de prestations de soins et les affaires sociales (Kocher & Oggier, 2005, p. 120). Dans le cadre de l'offre de médecins, les communes sont davantage compétentes que les cantons dans le développement de mesures incitatives favorisant l'installation des médecins en leur sein.

Les autorités politico-administratives possèdent donc un certain nombre de compétences de régulation pour cadrer l'exercice des fournisseurs de prestations. Les enchevêtrements de compétences sont nombreux « la Confédération et les cantons assument dans tous les domaines de la santé des tâches parallèles, communes ou croisées » (Achtermann & Berset, p. 178).

Les acteurs publics ou privés

Hôpitaux, cliniques privées et institutions de soins. Les hôpitaux sont des acteurs importants du système de soins et emploient, en 2010, 13'716 médecins (FMH) (Kraft, 2011). La progression annuelle du nombre de médecins hospitaliers s'élève à 5,4% par an depuis 2001. L'hôpital est le principal lieu de formation des futurs médecins exerçant en cabinet. Leur politique de formation a donc un impact sur l'offre en médecins dans le secteur ambulatoire. L'hôpital est divisé en deux domaines principaux : stationnaire et ambulatoire. L'association H+ est l'organisation nationale des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins publics et privés en Suisse. Les prestations ambulatoires des cliniques privées sont dispensées par des médecins agréés, disposant d'une autorisation de pratiquer.

Les acteurs privés

Les médecins. Ce sont les principaux fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire en termes de volume de prestations et de coûts. Les études pour l'obtention d'un diplôme de médecin durent six ans et peuvent être réalisées dans cinq facultés : Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich. Neuchâtel et Fribourg proposent des cursus de base. Toutes les facultés disposent d'un système de sélection : direct pour les universités alémaniques avec un *numerus clausus* à l'entrée et indirect pour les universités romandes avec une sélection drastique à l'issue de la première année d'étude. La réussite de la formation pré-graduée permet l'obtention d'un diplôme de médecin. Les accords bilatéraux et la loi sur

les professions médicales (LPMéd) autorisent le médecin à exercer dans un hôpital ou un cabinet médical. La LPMéd est la loi de référence pour la réglementation de la formation pré-graduée, postgraduée et continue.

La formation postgraduée dure de trois à six ans, jusqu'à sept en pratique, et offre un titre dans la qualification choisie (Kocher & Oggier, 2011, p. 249). Pour l'ouverture d'un cabinet, un médecin doit obtenir un tel titre. La formation postgraduée est placée sous la responsabilité de l'institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)⁵³. La formation postgraduée a lieu essentiellement dans les hôpitaux. Pour la formation postgraduée en médecine de 1er recours (spécialiste en médecine interne, générale ou en pédiatrie), des moyens sont engagés pour développer la formation pratique notamment par une activité d'assistantat en cabinet médical. Il existe 44 titres fédéraux de formation postgraduée et la FMH délivre 28 titres de spécialistes FMH et 27 certificats de capacité.

Après l'obtention des titres, l'exercice de la profession est soumis à différentes règles. Un médecin souhaitant exercer son activité à charge de l'AOS doit répondre aux différentes conditions précisées dans la LAMal : être titulaire du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral (art. 36 LAMal). Les conditions d'admission pour les autres fournisseurs de prestations sont énumérées aux articles 36a à 40 LAMal. Les fournisseurs, lorsqu'ils remplissent ces conditions, sont compétents pour dispenser des soins. Le financement des prestations est partagé entre les assurés (franchise et quote-part) et les assureurs. Les conditions et l'étendue des coûts de la prise en charge sont régies par les articles 32 à 34 LAMal. Des conventions tarifaires entre les fournisseurs de prestations et les assureurs sont négociées (art. 46 LAMal).

De plus, la loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd) régit l'exercice de la profession. Comme évoqué plus haut, l'autorisation d'exercer et la surveillance de la profession sont de la compétence des cantons. Selon la loi sur les professions médicales, les cantons ne peuvent octroyer des autorisations de pratiquer en qualité d'indépendant qu'aux titulaires d'un titre postgradué fédéral ou d'un diplôme équivalent obtenu à l'étranger et reconnu. Les cantons ne peuvent exiger d'autres qualifications. Des restrictions supplémentaires ne sont possibles qu'en vertu de la LAMal (par exemple, la restriction des admissions). Ensuite, un fournisseur de prestations est admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie lorsqu'il est autorisé à exercer sa profession aux termes du droit cantonal et qu'il satisfait éventuellement à d'autres obligations selon le droit cantonal et qu'il remplit les conditions posées par la LAMal en termes de formations initiale et continue.

Une fois l'autorisation d'exercer la profession à charge de l'AOS obtenue, les médecins peuvent exercer, s'ils le souhaitent, leur activité de manière libérale. En effet, la plus grande partie des soins ambulatoires (et un quart des soins hospitaliers) est dispensée dans le cadre d'une organisation privée libérale, dans les limites fixées par la police sanitaire (surveillance) et les lois cantonales sur la santé (par exemple, l'obligation de garde). Le rapport de droit entre le médecin et son patient relève également du droit privé.

Au niveau de leur organisation, les fournisseurs de prestations sont regroupés en de nombreuses associations (médecins assistants, médecins installés (généralistes, spécialistes), sociétés médicales

⁵³ Base légale : Réglementation pour la formation postgraduée (RFP) et 44 programmes de formation postgraduée accrédités par le DFI.

cantonales (etc.)). La Fédération des médecins suisses (FMH) regroupe et représente ces différentes associations. La FMH est fortement engagée dans la négociation des tarifs avec les partenaires tarifaires (de manière autonome ou en collaboration avec les sociétés de médecins). La FMH dispose également d'un institut autonome, l'ISFM (institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) chargé de gérer la formation postgraduée et continue au niveau de l'organisation et des contenus pour maintenir une qualité optimale des soins. La FMH possède par ailleurs une des principales bases de données statistiques rendant compte du secteur ambulatoire des soins, qui regroupe les principaux critères de démographie médicale (âge, sexe, nationalité, lieu d'exercice de la profession, formations prégraduée, postgraduée, domaines d'activité). La FMH est aussi chargée de défendre ses membres dont les intérêts peuvent énormément diverger selon les types de médecins et les enjeux. Par exemple, la clause du besoin vise davantage les médecins non installés (en formation) alors que la liberté de contracter élargit le groupe cible aux médecins installés. La FMH est donc contrainte de négocier avec ces intérêts multiples et parfois opposés. La FMH est ainsi un acteur central et puissant de la politique de la santé.

Soulignons qu'outre les médecins, le personnel de soins non universitaire est également un acteur important pour lequel l'offre ne satisfait pas la demande dans de nombreux cantons et lieux de dispensation des soins (hôpitaux, institutions de soins, EMS, etc.).

Les assureurs-maladie bénéficient également d'un statut privé et occupent une position centrale dans la mise en œuvre de la politique de santé. L'assurance obligatoire des soins est en effet gérée par les caisses-maladie et les entreprises d'assurance privées (art.11 LAMal). Les assureurs ont l'obligation d'accepter toute personne tenue de s'assurer (art. 4 al. 2 LAMal) et celle de contracter avec les fournisseurs de prestations admis selon la loi. Les assureurs n'ont actuellement aucun moyen pour refuser ces contractualisations. Dans le cadre des admissions, les assureurs, par santésuisse, délivrent les numéros de codes créanciers (RCC) aux médecins. Dans les débats sur la régulation du secteur ambulatoire, les assureurs sont favorables à la liberté de contracter avec les médecins. La majorité des assureurs-maladie est représentés par une association faîtière : santésuisse. santésuisse peut, sur mandat de ses membres, négocier les tarifs au niveau national et les coordonner dans les cantons. santésuisse dispose également de bases de données importantes concernant les prestations des fournisseurs et les assurés : le registre des codes créanciers (RCC) et le pool de données santé suisse (description annexe 1).

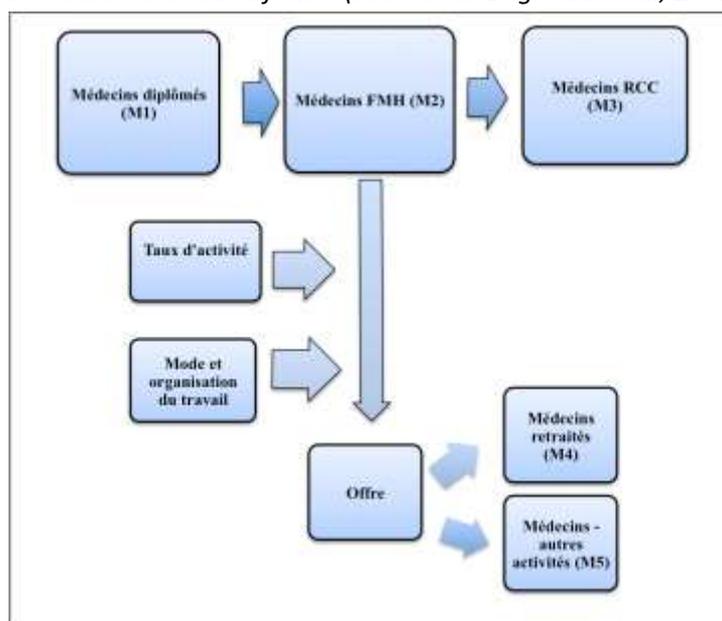
Les assurés/patients ne sont pas directement touchés par la clause du besoin. Si elle réduit le nombre de médecins pouvant s'installer, elle ne remet cependant pas en cause le libre-choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41 LAMal).

B. Objet et buts de la régulation

La régulation du secteur ambulatoire des soins est une notion vague. De nombreuses dimensions et acteurs peuvent en être l'objet. Ruefli (2010) résume les différentes dimensions de l'organisation du système de santé où une régulation peut intervenir, dont sur l'organisation du secteur, à savoir l'offre de soins (structure de l'offre de soins et organisation de l'offre, qualité de l'offre) et la demande en soins (régulation de l'accès aux soins et allocations des soins) (Ruefli, 2010 : 28). Elle peut également se focaliser sur les coûts du système, l'équité des soins et l'amélioration de la santé (les outcomes du système de soins). La dimension privilégiée est centrale, car elle oriente les instruments d'intervention développés. Dans le cadre de la clause du besoin, la régulation concerne l'offre de fournisseurs de soins.

Partant, selon l'OBSAN, l'offre de médecins peut être résumée par le modèle « stock and flow ». En effet, l'offre de médecins, dans la littérature, repose généralement sur un modèle « stock and flow ». Selon ce modèle, l'offre de médecins en cabinet dépend de la taille de l'effectif de médecins et de leur production (Seematter-Bagnoud et al., 2008, p.53). La taille de l'effectif dépend de l'arrivée de nouveaux médecins : production de médecins diplômés (M1 : diplôme universitaire), de médecins avec spécialisation (M2 : titre FMH), de leur participation à la fourniture de soins en cabinet (M3 : médecins RCC) et de leur départ à la retraite ou dans d'autres activités (M4 et M5). La production de médecins dépend aussi de leur taux d'activité et de l'organisation de leur travail.

Figure 4.3 : Schéma du modèle « Stock and flow » (Seematter-Bagnoud et al., 2008)



Comme le relève l'OBSAN « le renouvellement de l'effectif des praticiens, leur départ, mais aussi leur taux d'activité sont fortement influencés par les politiques de formation pré et postgraduées, les incitations ou les limites à la pratique etc. De même, l'organisation du mode de travail peut dans certaines limites être influencées par les politiques » (Seematter-Bagnoud et al., 2008, p.53).

C. Modalités de régulation

Selon les objets et buts de la régulation, une multitude de modalités d'intervention peut être développée. Dans leur étude intitulée « Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? », Bourgueil & Mousquès & Tajahmadi (2006) proposent d'identifier les politiques visant à améliorer la répartition géographique des professionnels de la santé à trois moments de leur carrière : la formation initiale, le recrutement ou l'installation et le maintien dans l'exercice. L'étude prend en compte non seulement les attentes professionnelles influençant les carrières (pratique de groupe, charge de travail, qualité des relations professionnelles, etc.) mais aussi les attentes personnelles liées au cadre de vie et à la famille (infrastructures scolaires, culturelles, constitution d'un réseau social, etc.).

Sur la base d'une revue de la littérature internationale les auteurs ont recensé les mesures les plus utilisées et leur efficacité. Parmi les mesures axées sur la formation initiale (modalité incitative), une augmentation des effectifs globaux dans une discipline ne permet pas une répartition régionale optimale car les médecins favorisent toujours une installation en zone non déficitaire. Les mesures

visant à stimuler l'intérêt des étudiants pour l'exercice dans des zones déficitaires (cursus spécifique, stages dans ces zones, etc.) semblent prometteuses mais ont surtout un impact sur les étudiants originaires de zones périphériques et/ou déficitaires. Aux Etats-Unis et en Angleterre, des systèmes de bourses octroyées aux étudiants prêts à s'installer pour une durée limitée (3-6 ans) dans une région déficitaire est inefficace à long terme (les étudiants quittent le lieu après le terme du contrat ou rachètent leur bourse). De plus, cette mesure implique un lourd investissement financier pouvant engendrer des effets d'aubaine et de compétition entre régions déficitaires.

Les mesures de limitation ou de contrainte à l'installation (modalité régulatrice) offrent des résultats mitigés. Plusieurs pays (Allemagne, Royaume-Unis) ont limité les installations dans les zones considérées comme surdotées. Les effets principaux de la politique en Allemagne sont un désintérêt des étudiants pour les filières médicales sans amélioration de la répartition géographique. De même la contrainte du lieu d'installation pour les médecins étrangers est inefficace sur le long terme.

Les aides financières à l'installation ou au maintien (modalité incitative) de l'exercice en zone déficitaire ont une efficacité modérée. Enfin les aides en nature (fourniture directe de biens et de services) sont peu évaluées, alors qu'elles agissent sur les déterminants personnels à l'installation (trop souvent sous-estimés selon l'auteur) en visant à lutter contre l'isolement des professionnels ou encore à améliorer leurs conditions de vie. Il peut s'agir de l'indemnisation des formations continues, des déplacements ou le financement des dépenses d'investissement ou encore l'incitation au travail de groupe.

Aucune mesure ne semble totalement efficace, prise isolément. Une combinaison de mesures semble donc indispensable, avec une articulation entre les leviers d'actions locaux, régionaux et nationaux et la nécessité de tenir compte des politiques d'aménagement du territoire.

2.4. Les principes de régulation

Depuis 2002, la régulation de l'offre du secteur ambulatoire est effectuée en Suisse par la clause du besoin, introduite par voie d'ordonnance pour la première fois le 3 juillet 2002. La possibilité pour le Conseil fédéral d'édicter une telle ordonnance se fonde sur l'article 55a LAMal, introduit dans le cadre de la 1ère révision de la LAMal. Les compétences du Conseil fédéral sont limitées à une durée de trois ans. Durant cette période, il peut faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire au sens des articles 36 à 38 LAMal. Ces compétences ont été renouvelées les 8 octobre 2004, 13 juin 2008 et 12 juin 2009. La première version de l'article 55a LAMal (2000) stipule que les cantons et les fédérations des fournisseurs de prestations doivent être consultés avant l'introduction d'une clause du besoin. Les cantons désignent les fédérations de fournisseurs de prestations concernés. L'article 55a LAMal est modifié lors de la prolongation du 12 juin 2009 et permet depuis d'appliquer la limitation aux fournisseurs de prestations exerçant dans des institutions et dans le domaine ambulatoire des hôpitaux. Les porteurs de titres de médecine générale, de médecin praticien, de médecine interne ou de pédiatrie ne sont plus concernés par la limitation.

L'ordonnance sur la limitation des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire du 4 juillet 2002 a, quant à elle, été prolongée les 25 mai 2005, 25 juin 2008 et 21 octobre 2009. Celle-ci prévoit que le nombre de fournisseurs est limité dans chaque canton. Pour chaque catégorie de fournisseurs, les nombres limites sont fixés dans les annexes 1 et 2 (respectivement les nombres maximaux de fournisseurs et densité pour 100'000 habitants). Les cantons peuvent prévoir

que les nombres limites ne valent pas pour une ou plusieurs catégories (art. 2 al. 2 OLAF) et/ou qu'aucune admission ne sera délivrée tant que la densité médicale du canton sera supérieure à celle de la région à laquelle il est rattaché ou supérieure à celle de la Suisse. De plus, les cantons doivent tenir compte de la couverture sanitaire des cantons voisins et de la région à laquelle ils sont rattachés (art.2 al.2 OLAF). Les cantons peuvent admettre des exceptions lorsque la couverture sanitaire est insuffisante dans une catégorie de fournisseurs.

La prolongation de l'ordonnance du 25 mai 2005 introduit la notion d'expiration des admissions (art. 3 nouveau). L'admission à pratiquer à la charge de l'AOS devient en effet caduque si le fournisseur n'en a pas fait usage dans les six mois après sa délivrance en pratiquant réellement à la charge de l'AOS. Les cantons peuvent prolonger ce délai de six mois pour des justes motifs. La prolongation du 25 juin 2008 ne donna pas lieu à des modifications de l'ordonnance. Par contre, le 14 janvier 2009, les médecins exerçant dans des institutions, au sens de l'art. 36a LAMal, sont également soumis à la clause du besoin. Le canton fixe le nombre de médecins exerçant dans une institution et leur catégorie. La dernière prolongation datant du 21 octobre 2009 résulte d'une initiative parlementaire de la commission ad hoc du Conseil national CSSS-N⁵⁴. La commission a proposé que le Conseil fédéral limite le champ d'application de l'ordonnance et en exclue les médecins porteurs d'un titre de médecine de 1er recours (Initiative Gel des admissions du 25 mars 2009). Ainsi, seules les professions médicales universitaires sont soumises à la limitation des admissions. Les médecins de 1er recours et les chiropraticiens n'y sont plus soumis. Par contre, les médecins exerçant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux y sont soumis. La prolongation de 2009 est prévue jusqu'au 31 décembre 2011. Elle ne sera pas reconduite en 2012 (voir annexe 2).

Depuis 2002, l'offre de fournisseurs de soins dans le secteur ambulatoire est donc régulée par la clause du besoin, instrument inédit en Suisse car elle restreint pour la première fois la liberté économique des médecins. Or, les médecins sont très attachés à cette liberté qui relève d'un droit fondamental garanti par l'article 27 de la Constitution fédérale. L'article 27 Cst. stipule que « la liberté économique est garantie et qu'elle comprend notamment le libre choix de la profession, le libre accès à une activité économique lucrative privée et son libre exercice ». La liberté économique a un double but : protéger les droits des individus, notamment des indépendants et maintenir un système d'économie de marché et de libre concurrence (Ayer, 2000, p.8).

Pour restreindre la liberté économique, la clause du besoin doit poursuivre un but d'intérêt public prépondérant et/ou de politique sociale. En ce sens, la jurisprudence du Tribunal fédéral a démontré à plusieurs reprises que la maîtrise des coûts du système de santé relève de cet intérêt public (Ayer, 2000, p.9). Pour autant, l'égalité entre concurrents doit être garantie. En ce sens, l'institut du droit de la santé se demande « si une clause du besoin fondée sur des notions quantitatives et ne touchant pas aux droits acquis des professionnels déjà en exercice ne serait pas contraire au principe de l'égalité entre concurrents en ce sens que la mesure étatique favoriserait alors certainement une catégorie de concurrents (les professionnels déjà autorisés à exercer à titre indépendant) par rapport à d'autres (non autorisés au moment de l'entrée en vigueur de la mesure, soit parce que jeunes diplômés, soit parce qu'exerçant leur profession à titre dépendant) » (Ayer, 2000, p.9). La clause du besoin doit respecter le principe de proportionnalité en s'assurant que cette mesure est la plus apte à atteindre l'objectif

⁵⁴ Initiative parlementaire. Gel des admissions. Solution transitoire. Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 25 mars 2009 – 09.400.

poursuivi et qu'il n'existe aucune alternative moins restrictive. Il s'agit donc d'envisager toutes les autres mesures possibles, effectuer des études sanitaires et économiques pour prouver la nécessité de la mesure. Or, la clause du besoin a été introduite dans un contexte d'urgence, qui n'a pas laissé place à des études prospectives.

Effets de la clause du besoin

Une évaluation de la mise en œuvre de la clause du besoin est effectuée en 2004 (Ruefli & Monaco, 2004). Elle identifie, malgré sa proximité avec l'entrée en vigueur de la mesure, les premiers effets de la clause du besoin sur les coûts du secteur ambulatoire comme sur l'offre de médecins.

Ainsi, l'introduction de la limitation des admissions n'a pas diminué l'offre ambulatoire car de nombreux médecins ont déposé leur demande d'admission à pratiquer à charge de l'AOS peu avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance. Les évaluateurs ont montré que les médecins se détournent davantage de la médecine de 1er recours et que les médecins cessant leur activité peinent à trouver, selon les régions, des successeurs. De plus, une augmentation des spécialisations et de la concentration dans les régions urbaines est observée. Les auteurs relèvent la faiblesse de l'instrument d'intervention à disposition des cantons, lequel ne permet qu'une faible maîtrise de la répartition des soins par spécialisation et par région. Les conditions professionnelles et de vie restent prédominantes dans le choix des médecins. Parmi les médecins en formation postgraduée, la clause du besoin a accentué les « sentiments d'insécurité et de frustration » et réorienté un certain nombre de carrières. Une conséquence est notamment la spécialisation des médecins et leur installation plus tardive en cabinet. De plus, les conditions se sont améliorées dans les hôpitaux et les médecins sont davantage enclins à y poursuivre leur carrière. Au niveau des hôpitaux, peu de conséquences concrètes ont été observées. Enfin, les conséquences sur les coûts ont été quasi nulles, car de nombreux médecins ont demandé leur autorisation avant l'entrée en vigueur des accords.

A cette époque, la conférence suisse des directeurs de la santé CDS pose les mêmes effets constats. La consultation faite auprès des cantons montre d'ailleurs que ces derniers sont majoritairement défavorables à la poursuite de la mesure. On y relève l'incertitude des effets de la mesure sur les coûts, les préjudices causés aux jeunes médecins, les difficultés d'application en cas de postes à temps partiel ou dans les cabinets de groupe, les stratégies d'évitement ou l'augmentation des paiements « goodwill » (le prix de remise d'un cabinet contient aussi une prime pour la remise du numéro d'admission). Parmi les effets positifs, la CDS mentionne les possibilités de pilotage spatial et selon les spécialités de l'offre de fournisseurs. Les réglementations d'exceptions peuvent être utilisées par les cantons pour réguler l'offre, sa distribution géographique et par catégorie de spécialités notamment lorsque l'offre est déficitaire. Pour la CDS, un tel pilotage ne peut qu'atténuer le problème d'une mauvaise répartition et non pas remédier à une pénurie générale de médecins de premier recours. Les cantons (CDS) et les médecins (FMH) ont d'ailleurs présenté en 2008 un projet commun de réglementation de la clause du besoin permettant aux cantons de réguler l'offre en cas de sur- ou de sous-appvisionnement (CDS & FMH, 2008). La commission du Conseil des Etats CSSS-E, qui avait initialement demandé le dépôt d'un projet de positionnement de la part de ces acteurs, n'est finalement pas entrée en matière sur le projet.

2.5. Perspective de recherche et méthode

L'offre de fournisseurs de soins dans les cantons étudiés est très différenciée, tant en termes de densité globale de médecins ou de densités par spécialité. Des inégalités entre régions d'un même canton sont

également constatées. Au-delà de la problématique de la hausse des coûts du secteur ambulatoire, qui découlerait d'un sur-approvisionnement en fournisseurs de prestations, des problèmes liés à un approvisionnement sous-optimal en soins apparaissent dans certaines régions. Les cantons étant, institutionnellement, les garants de l'approvisionnement en soins de la population, ils doivent être en mesure d'agir. La clause du besoin est le seul instrument à leur disposition pour réguler l'offre dans le secteur ambulatoire des soins. Pour cette raison, il convient d'en examiner la cohérence par rapport à son objectif principal, la maîtrise des coûts, et son objectif secondaire (l'« effet socio-politique souhaité »), à savoir une meilleure répartition de l'offre. La perspective de la recherche consiste donc à appréhender la question de l'adéquation du programme de mise en œuvre avec l'objectif souhaité.

La problématique de la clause du besoin sera déconstruite au travers des quatre éléments définis dans le cadre théorique de référence : la définition du problème public (1), les objectifs (2) (objectifs au niveau fédéral et cantonal), les ressources (3), les éléments opérationnels, instrumentaux, procéduraux (4). Il s'agira d'apprécier la cohérence du programme politico-administratif défini au niveau fédéral puis cantonal (4) et des ressources financières (3) avec les objectifs du système (2). Autrement dit : apprécier l'adéquation de l'instrument d'intervention « clause du besoin » par rapport à ses objectifs.

1. La définition du problème public (mise à l'agenda)

Evolution de la définition du problème public entre l'introduction de la clause du besoin et sa dernière prolongation

2. Programmation

Etablir aux niveaux des législations fédérale et cantonales :

- les objectifs concrets de la clause du besoin
- les fournisseurs soumis à la limitation
- conditions pour les exceptions à la limitation
- répartition des compétences

3. Mise en œuvre par les cantons

Analyse des procédures cantonales de mise en œuvre

- Consultations des acteurs externes dans les prises de décisions
- Evaluation de la couverture en soins
- Procédures de prise de décisions sur les admissions

Mise en œuvre de la clause du besoin

- Disparités de l'offre cantonale et régionale de médecins
- Possibilités réelles de pilotage de l'offre de médecins

4. Alternatives à la clause du besoin

L'analyse se fonde sur une démarche d'étude documentaire et des entretiens semi-directifs réalisés avec les acteurs impliqués dans le pilotage du secteur ambulatoire (annexe 3) : services de santé publique, fédérations de médecins (aux niveaux suisse (FMH) et cantonale). Les entretiens ont été menés sur la base d'un canevas d'entretien (annexe 4) reprenant les principaux thèmes de notre recherche.

3. Définition du problème public : l'approvisionnement en soins dans le secteur ambulatoire

3.1. Fournisseurs de prestations et hausse des coûts

Dans le message du Conseil fédéral relatif à la révision de la loi sur l'assurance-maladie LAMal (1991), l'augmentation des coûts du secteur ambulatoire, comme dans les autres secteurs d'ailleurs, est considérée comme un problème public. « La part du revenu national consacré à la santé » fait peser des charges sur les ménages (assurés et contribuables) de plus en plus lourdes (Conseil fédéral, 1991, p.109). Pour résoudre en partie ce problème, le Conseil fédéral proposait une mesure extraordinaire dans le secteur ambulatoire avec l'introduction d'une possibilité de limiter le nombre des fournisseurs de prestations habilités à exercer à charge de l'assurance (art. 47). Son argument : « on évitera ainsi un accroissement excessif du nombre de fournisseurs de prestations, lequel entraîne une extension inutile du volume des prestations et, partant, une progression des coûts » (Conseil fédéral, 1991, p.95). Cette proposition fut refusée par le Parlement.

Clairement, la hausse des coûts dans le secteur ambulatoire des soins est imputée en grande partie aux fournisseurs de prestations. Ce raisonnement domine ; peu d'acteurs ne développent de contre-explication. A cet égard, on observe que tous les acteurs interrogés dans le cadre de la recherche attestent la prédominance de l'hypothèse selon laquelle il existe une corrélation entre l'offre de fournisseurs et la demande en soins, qui contribue notamment à la hausse des coûts. Ce raisonnement est aussi en partie à l'origine de la décision, dès l'année 1998, de limiter le nombre d'étudiants en médecine par le *numerus clausus* dans les universités suisses alémaniques et par la sélection durant les premières années d'études pour les universités suisses romandes. Dès lors, les mesures choisies pour modérer la progression des coûts de la santé sont axées d'abord sur les fournisseurs de prestations.

3.2. Introduction de l'article 55a LAMal

Même si un relatif consensus émerge au niveau fédéral sur les causes du problème, de nombreuses divergences entachent les débats quant au choix d'une intervention sur les fournisseurs de soins. Si les discussions sur la limitation des fournisseurs de prestations ont lieu dès la publication du Message du Conseil fédéral, en 1991, c'est au début des années 2000 que différents éléments vont intervenir et intensifier l'acuité du problème et forcer les autorités fédérales à prendre des décisions. D'une part, les analyses des effets de la LAMal effectuées dès 1996 relèvent clairement l'échec provisoire de la LAMal en matière de maîtrise des coûts, ce qui accroît la pression pour trouver des solutions à ce problème public. D'autre part, la perspective de la votation sur les accords sur la libre circulation des personnes (21 mai 2000) et leur possible entrée en vigueur au 1er juin 2002, renforcent l'urgence de la question. L'accroissement attendu du nombre de médecins étrangers souhaitant exercer en Suisse suite à l'adoption de ces accords est perçu comme un risque. Les débats parlementaires sur la première révision de la LAMal s'inscrivent donc dans ce contexte. Pas moins de quatre modalités d'intervention différentes seront discutées par les Chambres fédérales.

Premièrement, le Conseil fédéral propose dans son message l'introduction de budgets globaux dans le secteur ambulatoire pour maîtriser les coûts. Les cantons ont la possibilité de fixer des budgets globaux pour les prestations ambulatoires et semi-hospitalières. Les deux Chambres écartent rapidement cette proposition, craignant une forme d'étatisation de la médecine. Deuxièmement, suite à l'échec des

budgets globaux, le plénum accepte (le 22 avril 1999) une proposition⁵⁵ dont l'objectif consiste à réduire spécifiquement l'accès des médecins au marché suisse en donnant au Conseil fédéral la compétence de déterminer des critères que les médecins (y compris suisses) doivent remplir pour être remboursés par les caisses-maladie (limite d'âge, tarif différencié, par exemple). Le Conseil des Etats rejette cette proposition. Troisièmement, suite à ce nouvel échec, le Conseil national ouvre le débat sur la liberté de contracter entre assureurs et fournisseurs de prestations. Il dépose une proposition demandant au Conseil fédéral de fixer des critères de qualité et d'économicité des prestations auxquels les fournisseurs devraient répondre pour adhérer à une convention tarifaire (Conseil fédéral, 2004a, p. 3). De plus, la commission du National CSSS-N dépose une motion (00.3003) demandant au Conseil fédéral d'examiner les possibilités de supprimer l'obligation de contracter dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et semi-hospitalier et de présenter les modifications lors de la 2^{ème} révision de la LAMal. La pression d'une majorité du Parlement est donc forte sur le Conseil fédéral pour l'inciter à accepter une levée de l'obligation de contracter entre assureurs et fournisseurs de soins.

La Conseillère fédérale, Ruth Dreifuss, en charge du DFI, résume les débats lors de l'ultime procédure d'élimination des divergences de cette première révision : « Nous regardons les propositions qui sont venues l'année passée : la proposition Raggenbass – tout le pouvoir au Conseil fédéral. (...) C'est tout à l'Etat. Et puis, on présente une autre proposition : tout le pouvoir aux caisses. On se dit « Non, ce n'est pas possible, on ne peut pas accorder tout le pouvoir aux caisses ! ». Il faut des critères, des règles de fonctionnement et être sûr que les choses se font en toute transparence » (Débats au Conseil national, 8 mars 2000). La Conseillère fédérale incite la commission à ne pas insister avec la proposition de suppression de l'obligation de contracter en jouant sur le fait qu'aucune analyse des conséquences, aucune procédure de consultation des parties concernées n'a été réalisée. Face à la pression du Parlement, elle propose comme quatrième modalité une mesure exceptionnelle de maîtrise des coûts, l'article 55a LAMal, permettant au Conseil fédéral de faire dépendre du besoin l'admission des fournisseurs de prestations à exercer à charge de la LAMal, pour une durée maximale de trois ans. Le plénum accepte cette proposition. Cette mesure décidée en urgence n'a donc pas fait l'objet d'une consultation préalable.

L'explication de Ruth Dreifuss, ci-après, illustre l'aspect stratégique de l'introduction du moratoire comme « coupe-feu » à une levée de l'obligation de contracter considérée comme prématurée. « Alors je l'ai combattu par tous les moyens et parfois dans des conditions désespérées ou presque. Ce qui fait que le moratoire, pour le dire en deux mots, n'était qu'une tentative quasi désespérée de repousser la question de la levée de l'obligation de contracter. En disant « puisqu'un de vos arguments c'est l'arrivée des européens, puisqu'un de vos arguments c'est - on n'en sait rien certains le disent mais on n'a pas de preuve absolue - que la densité médicale et les coûts de la santé sont fortement corrélés, l'un étant la cause de l'autre, puisque vous dites tout cela alors effectivement il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas explosion de nouvelles installations puisqu'une installation vaut 500'000 francs. Je dois dire que j'ai été assez horrifiée de voir que ça dure si longtemps. Pour une mesure exceptionnelle au double sens du terme, au niveau politique pour parer ce que je considérais comme une agression sur le système, et exceptionnelle, car il fallait gérer l'arrivée des médecins européens et voir comment mettre en place un meilleur système. Et maintenant on en est à la neuvième année » (Entretien avec Ruth Dreifuss).

⁵⁵ Hansueli Raggenbass, PDC, Argovie.

Le moratoire sur l'ouverture de cabinets médicaux est donc l'instrument choisi par le législateur pour réguler, temporairement, l'offre de fournisseurs dans le secteur ambulatoire des soins.

3.3. Introduction de la clause du besoin (OLAF)

Le 3 juillet 2002, le Conseil fédéral adopte l'ordonnance sur la limitation des fournisseurs de prestations à exercer à charge de la LAMal. En amont et en aval de l'introduction de l'ordonnance, les discussions sur la suppression de l'obligation de contracter se poursuivent. Quelques mois après l'introduction de l'art 55a, le 18 septembre 2000 le Conseil fédéral présente son message relatif à la 2ème révision LAMal. Un premier projet de suppression de l'obligation de contracter est mis en consultation en juin 2000 et recueille des avis majoritairement favorables « à un renforcement de la notion de concurrence dans la LAMal », mais également sceptiques quant au modèle proposé lequel accorde trop de pouvoirs aux assureurs pour une efficacité sur les coûts pas démontrée. Le Conseil fédéral propose donc dans le message une suppression de l'obligation de conclure des conventions tarifaires uniquement avec les prestataires de plus de 65 ans (Conseil fédéral, 2000, p.4).

Au cours des délibérations de la 2ème révision de la LAMal, le Parlement poursuit sa pression sur le Conseil fédéral en déposant, le 14 novembre 2002, par la CSSS-CN, un postulat (02.644) demandant au Conseil fédéral de présenter un rapport, dans le cadre d'une troisième révision, sur la suppression de la liberté dans le domaine ambulatoire et hospitalier en même temps que sur le financement moniste des hôpitaux. Or, durant les débats, la conférence de conciliation a malgré tout présenté un projet de suppression partielle de la liberté de contracter pour cette 2ème révision. Deux autres mesures introduisant plus de concurrence ont été décidées : des nouvelles modalités de financement des hôpitaux et la mise en place de réseaux de soins intégrés. Cette révision échoue le 17 décembre 2003 après 3 ans de délibérations.

Malgré l'échec de la suppression de l'obligation de contracter, cette mesure est toujours pensée comme la solution adéquate au problème public de l'augmentation des coûts dans le secteur ambulatoire. En effet, suite à l'échec de la 2ème révision, le Conseil fédéral propose une révision par paquets distinctifs. La liberté de contracter en constitue un. Lors des débats d'entrée en matière sur la stratégie globale de révision dont fait partie le paquet « liberté de contracter », le Conseiller fédéral en charge du dossier, Pascal Couchepin, défend une prolongation de la clause du besoin tant qu'aucune alternative n'est trouvée : « Personne ne considère cette mesure comme particulièrement intelligente, mais l'alternative, c'est-à-dire l'ouverture totale, est certainement un risque que l'on ne peut courir lorsqu'on veut limiter en particulier l'admission de fournisseurs de prestations en provenance d'autres pays ». Les risques liés à la pénurie sont par contre relativisés : « (...) le nombre d'étudiants en médecine en Suisse est l'un des plus élevés au monde par rapport à la population. Donc, on ne peut prétendre, comme le font certains, qu'on va vers une pénurie de médecins dans les années à venir. Ce risque n'existe pas et, entre-temps, il faut espérer qu'on aura réussi à introduire la liberté de contracter (...)» (Débats Conseil des Etats du 21 septembre 2004). Le 8 octobre 2004, l'art 55a LAMal est prolongé jusqu'en 2008. L'ordonnance sur la clause du besoin qui suivra, le 4 juillet 2005, introduit la « notion d'usage » comme seule modification. Le 13 juin 2008, l'art. 55a LAMal est à nouveau prolongé sans modification particulière jusqu'au 31 décembre 2009. A ce moment-là, les discussions sur une réglementation alternative n'ont pas abouti et n'aboutiront finalement pas.

Les débats sur la liberté de contracter, vue comme l'alternative à clause du besoin, se poursuivent jusqu'à la non entrée en matière du Conseil des Etats sur le projet, le 18 décembre 2008. Deux éléments

principaux sous-tendent cette décision. D'une part, le refus par le peuple de l'article constitutionnel sur la santé, qui donnait davantage de prérogatives aux assureurs maladie au niveau de la gestion médicale, est pris en compte par la CSSS-E. D'autre part, le consensus n'est pas établi entre les deux principales alternatives : la liberté de contracter avec un pilotage confié principalement aux assureurs et une réglementation subséquente à la clause du besoin avec un pilotage cantonal. C'est que la commission a examiné un projet conjoint de la FMH et de la CDS pour une réglementation subséquente à la clause du besoin (CDS & FMH, 2008). Celui-ci devait permettre notamment aux cantons, sans obligation, de réguler les ressources en cas de sur- ou de sous-approvisionnement en prestations de soins ou lors d'un tel risque. Il devrait par ailleurs introduire un article permettant aux cantons de soutenir les fournisseurs de prestations ambulatoires par des mesures incitatives. Au Parlement, le propos du Conseiller fédéral, Pascal Couchepin, en lien avec la pénurie se nuance : « On nous dit « Il n'y a pas de risques, on va vers une pénurie de médecins ». C'est juste et c'est faux. C'est juste dans certaines branches, c'est juste pour certaines catégories de médecins, les fameux médecins de base (...). Et c'est juste pour certaines régions et c'est faux pour d'autres. La situation est assez complexe, on ne peut pas la traiter de manière globale, il faut trouver un système qui permette un certain affinement » (Débats du Conseil des Etats du 18 décembre 2008).

Les discussions se poursuivent notamment dans le cadre du Managed care. Dans ce contexte et comme aucune solution alternative n'est trouvée, la commission du National CSSS-N propose une solution transitoire valable jusqu'au 31 décembre 2011 sous la forme d'une initiative parlementaire. Cette initiative semble cristalliser la lente prise de conscience des effets néfastes d'une pénurie de fournisseurs. L'initiative fait apparaître clairement une modification de la définition politique du problème public en considérant l'approvisionnement en soins non plus seulement en rapport aux risques de sur-approvisionnement entraînant une hausse des coûts, mais aussi en termes de sous-approvisionnement avec le risque d'une perte ou d'une restriction d'accès aux soins pour la population.

Trois modifications principales sont alors proposées. La première réduit le champ d'application de la mesure aux médecins spécialistes et exclut les autres fournisseurs, notamment les médecins de 1er recours en arguant que « la situation de l'approvisionnement est caractérisée par la menace d'une pénurie de médecins de premier recours. Il faut tenir compte du fait que les médecins de premier recours accomplissent une mission d'approvisionnement centrale dans le cadre du service public, en particulier pour les urgences et pour la coordination de la chaîne de soins. (...) Grâce à la nouvelle disposition, les jeunes médecins devraient davantage choisir la formation postgrade dans le domaine de la médecine de premier recours » (Initiative CSSS-N du 25 mars 2009, pp. 2979-2980). La deuxième étend le champ d'application aux institutions (art. 36a LAMal) et aux divisions ambulatoires des hôpitaux (art. 39), car ce secteur a enregistré « une hausse des coûts particulièrement marquée ». Enfin, l'initiative donne aux cantons la possibilité d'un pilotage spatial (art. 55a, al.3) en assortissant l'autorisation d'exercer à des conditions : « pour garantir la couverture des soins sur l'ensemble du territoire et notamment dans les régions périphériques, les cantons devraient faire usage de cette compétence et assortir par exemple l'admission de la condition que le fournisseur de prestations doive pratiquer dans un lieu donné » (Initiative CSSS-N du 25 mars 2009, p. 2982).

Le 27 mai 2009, l'initiative parlementaire est acceptée par le parlement. Durant les débats, le Conseiller fédéral Pascal Couchepin soutient l'initiative et affine son analyse politique du problème public lié au sous-approvisionnement en remettant en cause (contrairement à 2004) le nombre de médecins formés : « (...) Je réaffirme qu'à mes yeux il y a déjà trop de médecins et que l'on ne va pas vers la pénurie, mais plutôt vers la surabondance. Par contre, il faut relativiser cette affirmation et préciser deux choses.

Premièrement, s'il y a trop de médecins en Suisse, c'est qu'ils sont mal répartis : on a trop de spécialistes et pas assez de généralistes ; dans certaines régions, il y a trop de médecins et dans d'autres pas assez. Deuxièmement, on ne forme pas assez de médecins en Suisse. Le déficit doit être comblé (...). Si tout d'un coup il devait y avoir un retour des médecins étrangers vers la mère patrie, on connaîtrait un grave danger (...). On n'échappe pas à une forme de régulation du nombre de médecins » (Débats du Conseil national du 27 mai 2009).

Ces débats politiques sur la clause du besoin et ses alternatives sont importants. Ils expriment la complexification de la définition politique du problème public lié à l'approvisionnement en soins. Un premier raisonnement repose sur la considération que le sur-approvisionnement en soins est une cause de l'augmentation des coûts et doit donc être contenu. Cette hypothèse demeure dominante aujourd'hui. Mais les débats montrent aussi que le sous-approvisionnement dans certaines disciplines (principalement la médecine de 1er recours) ou certaines régions devient progressivement un risque à prendre au sérieux par le législateur. Les différentes modifications de la clause du besoin passant d'une conception originellement purement limitative à un instrument devant favoriser une meilleure répartition de l'offre en est symptomatique. L'évolution du nombre de fournisseurs durant ces années, notamment des médecins (baisse de taux d'activité, féminisation de la médecine, diminution du nombre de médecins de 1er recours, etc.), a également contribué à la considération du problème public lié à un sous-approvisionnement en soins.

La clause du besoin ayant été pensée comme un instrument devant permettre de réduire les coûts dans le secteur ambulatoire, on peut légitimement se demander dans quelle mesure les cantons sont en mesure, avec ce même instrument, de résoudre, pour le moins en partie, un deuxième problème public lié à la répartition ou la pénurie de fournisseurs de soins. De même, le législateur a introduit la possibilité de limiter les admissions dans les divisions ambulatoires des hôpitaux par la clause du besoin, alors que celle-ci était initialement pensée pour réguler uniquement les fournisseurs en pratique privée. On peut également s'interroger sur la capacité réelle de piloter ce secteur par ce seul et même outil. Ces différents champs de réflexions sont développés ci-après.

4. Législation et plan d'action

La clause du besoin est introduite dans un contexte d'urgence et pour une durée limitée et doit être mise en œuvre par les cantons. Considérant la durée limitée de la mesure, le Conseil fédéral a déterminé un cadre légal relativement explicite pour assurer une mise en œuvre rapide. Pour autant, les cantons disposent d'une marge de manœuvre dans le choix des fournisseurs soumis à la limitation. Sont présentés et analysés ci-après les différents éléments constituant le cadre législatif de référence, aux niveaux fédéral et cantonal. C'est dans cette perspective que sera appréhendée la question de leur cohérence des politiques élaborées et appliquées.

4.1. Législation fédérale

L'objectif de la clause du besoin est clair. L'admission des fournisseurs de prestations à exercer à la charge de la LAMal doit être limitée et soumise à une clause du besoin. Les cantons ne fixent pas d'objectifs différents dans leurs législations de nature exécutive. Seules les conditions pour des admissions ordinaires et exceptionnelles y sont définies.

Le caractère limité et exceptionnel de la mesure induit des dispositions d'application relativement explicites. L'ordonnance (OLAF) règle d'abord les types de fournisseurs soumis à la limitation et les conditions permettant aux cantons d'introduire des exceptions à cette limitation. La couverture insuffisante en soins dans une catégorie ou une région en est la condition principale. Lors de la dernière prolongation, en 2009, le législateur étend le champ d'application de la clause du besoin aux institutions et aux divisions ambulatoires des hôpitaux, dont les coûts ont subi une hausse marquée depuis 2002. Par contre, les médecins de 1er recours⁵⁶ en sont exclus. Enfin, l'initiative introduit un article attribuant aux cantons la possibilité d'un pilotage spatial (art. 55a, al. 3), assortissant l'autorisation d'exercer à des conditions liées au lieu d'activité.

Pour l'application de cette mesure, des seuils de fournisseurs en termes de nombres absolus et de densités sont définis par spécialité, par canton et par région supra-cantonale dans les annexes 1 et 2 de l'ordonnance. Les sources exactes des chiffres fondant les annexes de 2002 restent floues, mais les données de santésuisse représentent une des sources principales. Or ces données ne sont pas complètement à jour notamment car les taux d'activité des médecins ne sont pas pris en compte et les cessations d'activité pas forcément connues. Surtout, la fonction première du registre des codes créanciers de santésuisse est la facturation et ce dernier n'est donc pas destiné à l'évaluation des besoins. En ce sens, les cantons ont pu modifier les données jusqu'en décembre 2002. Comme la clause du besoin est limitée à l'origine pour une durée de trois ans, le Conseil fédéral a établi des critères favorisant une application « simple et efficace », fondés sur des données rapidement disponibles. En se basant sur les données statistiques disponibles provenant de santésuisse et en considérant le statu quo comme la base du gel des admissions, le Conseil fédéral veut éviter que les cantons ne procèdent à de longues démarches pour établir l'offre et les besoins en soins et puissent entrer rapidement dans la phase de mise en œuvre.

4.2. Législations cantonales

Chaque canton a établi une ordonnance d'application définissant les fournisseurs soumis à la clause du besoin, les exceptions à la limitation et les compétences de mise en œuvre.

Fournisseurs soumis à la clause du besoin

Dès l'introduction de la clause du besoin, tous les cantons étudiés procèdent uniquement à la limitation des admissions des médecins. Les autres fournisseurs désignés par l'OLAF en sont exclus⁵⁷ (art. 36 à 38 LAMal) (exceptions générales). Les médecins sont les principaux prescripteurs de prestations remboursées par la LAMal. Tous les cantons justifient leur choix par le fait que les autres fournisseurs exécutent en principe les ordonnances des médecins et que leur nombre n'influence pas le volume des

⁵⁶ Pour être considéré comme médecin de premier recours, il faut être au bénéfice d'un des titres postgradués fédéraux suivants : médecine générale, médecin praticien, médecine interne (pour autant que le praticien concerné ne soit pas au bénéfice d'un autre titre postgradué), pédiatrie.

⁵⁷ Pharmaciens; chiropraticiens; sages-femmes; personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical et les organisations qui les emploient; laboratoires; centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques; hôpitaux; maisons de naissance; établissements médico-sociaux; établissements de cure balnéaire; entreprises de transport et de sauvetage; institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins.

prestations. Le canton de Neuchâtel souligne également la surcharge administrative disproportionnée qu'impliquerait une pratique de la limitation plus étendue.

Lors de la dernière prolongation de la clause du besoin entrée en vigueur en janvier 2010, le législateur a décidé de soumettre les institutions ambulatoires et le domaine ambulatoire des hôpitaux à la clause du besoin. Tous les cantons, sauf Jura et Tessin, soumettent les institutions à la clause du besoin. Au niveau de la division ambulatoire des hôpitaux, les cantons du Valais, Berne, Fribourg et Jura ne soumettent pas ce secteur à la clause du besoin. Le canton du Valais ne possède pas une offre de médecins justifiant une limitation dans ce secteur. Le canton de Berne a anticipé les différents problèmes de mise en œuvre au sein du domaine ambulatoire : manque d'informations sur les médecins et leur activité au sein de l'hôpital, informations en possession en partie d'un autre office (l'office des hôpitaux) et les changements dans les financements des hôpitaux sont considérés comme prioritaires par rapport à une mesure dont l'échéance interviendra à fin 2011. Pour le canton de Fribourg « une telle mesure nécessiterait une analyse approfondie des besoins en soins ambulatoires et des conséquences financières pour les hôpitaux publics et l'Etat ; elle ne peut dès lors être mise en place à court terme, et les tâches administratives qui en découleraient pour l'administration publique et les hôpitaux paraissent disproportionnées par rapport au fait que la validité du nouvel article 55a LAMal est limitée à deux ans⁵⁸ ».

En raison des coûts croissants dans ce domaine, les cantons de Genève, Vaud, Tessin et Neuchâtel ont appliqués la clause du besoin. Le Tessin note que le Département de la santé et des affaires sociales et la section chargée de la mise en œuvre de la clause du besoin étaient opposés à son introduction. Toutefois, le Grand Conseil a requis son introduction sous la pression des médecins tessinois craignant la concurrence créée par le développement de ce domaine et l'ouverture des frontières.

Conditions d'exception

Tableau 4.2 : Conditions pour les admissions exceptionnelles

	BE	FR	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Remplacement d'un médecin de la même catégorie	X	X	X	X	X	X	X	X
Médecins en institution ou en ambulatoire de l'hôpital exécutant une tâche spécifique de santé publique			X	X				
Engagement par un hôpital public avec une part d'activité privée		X	X		X			
Soins particuliers non disponibles en l'absence de spécialiste dans une région			X		X			
Si besoin dans une structure ambulatoire hospitalière d'un médecin pour garantir l'activité du service d'urgence			X					
Reprise d'un cabinet			X				X	
Couverture en soins insuffisante dans une région ou une spécialité	X	X	X	X	X	X	X	X
Autorisation limitée à une région ou une spécialité	X	X	X	X	X	X		X
Critères établis pour le remplacement	X		X					
Liste d'attente			X				X	
Job sharing			X					

⁵⁸ Ordonnance du 19 janvier 2010 modifiant l'ordonnance d'application de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. ROF 2010 007.

Tous les cantons définissent des conditions d'admissions ordinaires et exceptionnelles (voir annexe 5). Certains cantons séparent les exceptions en deux catégories : admission ordinaire et exceptionnelle (BE, VS, FR et TI), alors que d'autres définissent, hormis la catégorie des exceptions générales, une catégorie regroupant les exceptions particulières (GE, NE, VD). Les exceptions, quelle que soit leur dénomination, sont des conditions pour les médecins requérants n'entrant pas dans la catégorie des exceptions générales (médecins de 1er recours, etc.) d'obtenir une admission.

D'une part, le remplacement d'un médecin est une exception partagée par tous les cantons lorsque les densités dans la discipline ne sont pas dépassées. D'autre part, une couverture en soins insuffisante dans une région est une condition dans tous les cantons pour l'octroi d'une autorisation de pratiquer à charge de la LAMal. Dans ce cas, les médecins requérant une admission doivent prouver que le besoin dans une région existe. Aucun canton n'explique au niveau de sa législation les critères choisis pour évaluer la couverture insuffisante en soins. De plus, hormis Genève, tous les cantons inscrivent dans leur ordonnance la possibilité d'assortir une charge à l'admission exceptionnelle concernant le lieu d'exercice. Les cantons ont ainsi potentiellement la possibilité de prioriser les admissions dans les régions moins dotées. Le canton de Genève aurait souhaité pouvoir disposer d'une telle condition pour la répartition entre quartiers mais les caractéristiques du canton, petite taille et région métropolitaine, ne le permettent pas (confirmation par un avis de droit demandé par le canton). Relevons que le Tessin a également introduit le « job sharing ». Les admissions peuvent être partagées entre médecins à hauteur d'un 100%, mais à nouveau la difficulté d'application réside dans l'impossibilité de définir ce que représente un taux de 100% d'activité pour un médecin.

Il est intéressant de relever la présence ou l'absence de critères explicitement mentionnés dans les ordonnances concernant le choix des médecins admis exceptionnellement. Les cantons de Genève et du Tessin établissent des listes d'attente dont le fonctionnement est régi décret ou ordonnance. Le canton de Genève gère la liste d'attente de manière chronologique. Le canton du Tessin, depuis 2010, a établi en collaboration avec les sociétés médicales une quinzaine de critères permettant d'évaluer les demandes lorsqu'elles se trouvent en liste d'attente et qu'une place se libère : expérience professionnelle, connaissances de l'italien et des autres langues nationales, connaissance du système suisse de santé (etc.) (Decreto esecutivo dell'11 maggio 2010). Le canton de Berne établit l'ordre d'évaluation des demandes déposées lorsqu'elles dépassent le nombre d'autorisation pouvant être délivrées ; la reprise d'un cabinet au sein d'un hôpital, une activité privée au sein d'un hôpital, autres. Les autres cantons ne stipulent pas de critères explicites.

Répartition des compétences et procédure

Concernant la répartition des compétences de mise en œuvre, les cantons jouissent d'une totale liberté. De manière générale, les personnes s'occupant des autorisations de pratiquer gèrent les admissions à charge de la LAMal. Les cantons n'ont pas affecté de ressources supplémentaires pour la mise en œuvre de la clause du besoin. Dans tous les cantons, le département en charge de la santé intègre cette tâche nouvelle. Au sein des cantons, les responsables de la mise en œuvre se répartissent entre les médecins cantonaux (BE, NE, GE, JU) et les juristes spécialisés ou autres fonctionnaires spécialisés (FR, TI, VD et VS).

Tableau 4.3 : Répartition des compétences de mise en œuvre par canton

Responsable de la mise en œuvre	BE	FR	TI	VD	VS	NE	GE	JU
Médecin cantonal	X					X	X	X
Juriste – autres spécialistes		X	X	X	X			

La répartition des compétences au sein des administrations dans la mise en œuvre de la clause du besoin constitue un élément intéressant. En effet, tous les cantons disposent des ressources relativement limitées en termes de personnel pour la mise en œuvre de la mesure. Par exemple, les cantons de Fribourg et du Valais s'appuient sur un juriste, aidé d'un ou deux collaborateurs, pour assurer la mise en œuvre de la clause du besoin et de toutes les questions liées aux autorisations de pratiquer. Les cantons du Jura et de Neuchâtel ont une configuration semblable. Le Tessin note avec une touche d'ironie qu'un « gel du personnel de l'administration » est intervenu en même temps que le « gel des admissions », dont la mise en œuvre est exigeante en temps. Et de mentionner quelques-unes de ces tâches, dont justifier et expliquer les décisions aux médecins, qui ont de plus en plus de mal à les accepter.

Cohérence du programme législatif

C'est dans l'urgence que la clause du besoin a été décidée puis traduite en ordonnances fédérale et cantonales. Initialement limitée à trois ans, le Conseil fédéral a cherché des critères facilement utilisables par les cantons pour qu'ils puissent appliquer rapidement la mesure sans investigations supplémentaires. Ces conditions sont à la source d'un certain nombre d'incohérences.

D'abord, les chiffres des annexes de l'OLAF sont issus des données de Santéuisse et ne sont pas à jour. De plus, les densités sont établies au niveau cantonal alors que les cantons sont confrontés à des situations d'offre différentes au niveau régional. Tous les cantons interrogés attestent de la mauvaise qualité des chiffres. Même si les cantons ont pu opérer des corrections sur ces derniers, ils ne disposent pas de données fiables. En effet, les cantons n'étaient pas en charge de la délivrance des admissions avant l'introduction de la clause du besoin et leurs informations sur l'offre de médecins dans le secteur ambulatoire sont donc très lacunaires. Une incohérence fondamentale existe donc entre l'outil mis à disposition des cantons par le Conseil fédéral pour fonder leurs décisions de limitation (les annexes de l'OLAF) et l'objectif de la mesure (limiter le nombre d'admissions). Un pilotage rigoureux de la clause du besoin devrait pourtant reposer sur une connaissance précise de la situation de l'offre et des besoins en soins de la population. On peut donc supposer que les cantons limitent leur offre alors même qu'ils n'en connaissent pas ses principales caractéristiques, encore moins la pertinence et les effets des mesures.

Ensuite, à l'origine de l'introduction de la clause du besoin, seuls les cabinets privés sont concernés. On peut supposer que l'urgence dans laquelle a été introduite cette clause du besoin n'a pas permis aux autorités de définir au mieux les groupes cibles concernés par la mesure. Ainsi, il est compréhensible que les institutions ambulatoires et les divisions ambulatoires des hôpitaux aient attiré un certain nombre de médecins ne pouvant désormais plus s'installer en pratique privée. Toutefois, d'autres raisons présidant à cette évolution doivent être considérées (volonté des médecins d'exercer une activité salariée, « virage ambulatoire » dans les hôpitaux, etc.). Ces déficits dans la détermination des groupes cibles n'ont été corrigés que tardivement, lors de la dernière prolongation de la clause du besoin.

Et puis, le délai de trois ans et ses prolongations successives sont incontestablement un frein à une bonne application de la loi fédérale. Les ressources des cantons en temps et en personnel sont limitées. Ainsi, par exemple, plusieurs cantons renoncent à introduire la clause du besoin dans le cadre des divisions ambulatoires des hôpitaux. L'application dans ce domaine requiert la collaboration entre services de l'administration (souvent les services en charge des autorisations de pratiquer ne sont pas responsables du volet hospitalier). Surtout, l'imminence de l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier relègue cette mesure au second plan. Cet exemple illustre une forme d'incohérence interne entre un outil difficilement applicable en regard des ressources à disposition des cantons et une incohérence externe car la décision de limiter les admissions au sein de l'hôpital ne tient pas compte des autres dossiers prioritaires au niveau hospitalier. Il peut donc y avoir conflit entre deux normes à appliquer et qui requièrent des moyens qui ne sont pas alloués par le niveau institutionnel qui impose la mesure.

Enfin, si les plans d'action (définition des priorités sur les médecins devant être admis) peuvent être qualifiés de relativement explicites, dans le sens où la plupart des priorités sont fixées dans les ordonnances cantonales, la majorité des choix d'admission se passe ailleurs. L'évaluation des dossiers a lieu au sein des commissions, lorsqu'elles existent, ou au niveau de l'administration. Dans le cas de demandes d'admission exceptionnelles surtout, chacune est analysée par rapport à la densité de la région et discutée en commission et/ou avec des experts. Lors de ces analyses, les décisions sont prises sur la demande d'admission mais également, dans une certaine mesure, sur les demandes futures. Par exemple, si une demande dans une discipline rare dont le besoin ne s'élève qu'à un petit nombre de spécialistes est octroyée, l'administration peut déjà estimer la couverture du besoin dans cette discipline pour une certaine période. La planification se fait donc au cas par cas. Fort de ce constat, on ne peut pas mesurer systématiquement et de manière chiffrée le nombre d'admissions souhaitées avec celui des admissions effectives, puisque les décisions se prennent au cas par cas et dans des procédures au contenu non accessible. Par contre, il faut être attentif au fait que les admissions sont appréciées sur la base d'un certain nombre de critères non explicites, qui accordent de facto aux administrations une grande marge de manœuvre et d'interprétation.

5. Mise en œuvre de la clause du besoin

La mise en œuvre de la clause du besoin par les cantons est plurielle. Plusieurs éléments sont analysés : la consultation des acteurs externes à l'administration, l'évaluation de la couverture en soins, les procédures de mise en œuvre et le type d'outputs créés (refus d'admission, admissions conditionnées à un lieu d'exercice, etc.).

5.1. Procédures cantonales

Acteurs externes

Les cantons intègrent les acteurs externes, notamment les sociétés médicales, dans les procédures de mise en œuvre de la clause du besoin. Des configurations différentes existent au niveau de la consultation des acteurs externes.

Tableau 4.4 : Consultations des acteurs externes dans les prises de décision, par canton.

Consultations/intégration acteurs externes 2010	BE	FR	TI	VD	VS	NE	GE	JU
santésuisse	-	-	X	-	-	X		-
Société(s) médicale(s) - consultations	X	-	X	X	-	X		-
Société(s) médicale (s) - intégration dans une commission				X			X	
Association médecins assistants et chefs de clinique							X	
Hôpitaux							X	
Cliniques privées							X	

Quatre cantons (BE, FR, TI, NE) consultent les sociétés médicales cantonales lors d'admissions tombant sous le coup de la clause du besoin. Les cantons consultent aussi les sociétés médicales spécialisées selon la discipline du requérant. Les cantons de Genève et de Vaud intègrent plus largement les acteurs dans les commissions où les délivrances des admissions sont discutées et évaluées. Dès 2005, le canton de Genève constitue une commission quadripartite. Cette commission est composée du directeur général de la Direction générale de la santé (membre de droit, qui en assure la présidence), d'un représentant de l'association des médecins du canton de Genève (AMG), d'un représentant de l'association des médecins d'institutions de Genève (AMIG), d'un représentant des hôpitaux universitaires de Genève et d'un représentant médical des établissements privés. Le canton de Vaud fonctionne aussi depuis juin 2010 avec une commission, nommée « plateforme du besoin », composée de trois représentants du service de la santé publique et trois représentants de la société médicale du canton de Vaud (SVM). Cette collaboration entre dans le cadre plus large du partenariat public-privé signé en juin 2011 par le Canton et la SVM. Trois cantons (FR, VS et JU) ne limitent pas les admissions faute d'une offre suffisante de fournisseurs. Ainsi, il n'y a pas de procédure de consultation d'acteurs externes. La collaboration avec les sociétés de médecine apparaît très importante pour les cantons notamment dans l'obtention d'informations pertinentes sur l'offre de fournisseurs dans le secteur ambulatoire.

Evaluation de la couverture en soins

Tous les cantons utilisent comme base de décision l'annexe 1 de l'OLAF basé sur les nombres absolus de médecins plutôt que l'annexe 2 présentant les densités limites. Seul Fribourg se base sur les densités médicales dans l'espace Mittelland. Comme le relève le responsable tessinois de la mise en œuvre de la clause du besoin, même si les chiffres des annexes étaient mauvais, les cantons n'avaient d'autre choix que de les utiliser, ne disposant pas d'autres sources et n'ayant ni temps, ni ressources pour des études complémentaires.

L'évaluation de la couverture en soins s'avère compliquée pour les cantons alors même qu'elle est une condition nécessaire à la délivrance d'admissions exceptionnelles. Or, les seuils définis dans l'ordonnance ne sont pas fiables et ne présentent pas la réalité de l'offre. Dès lors, les informations disponibles sont en général sommaires et ne couvrent que quelques indications : âge, spécialité, lieu d'activité. En cas de changements, les médecins sont tenus d'informer les services de santé publique mais ne le font pas systématiquement. Les cantons n'ont donc pas d'éléments concernant les perspectives de départ à la retraite, les temps partiels et toutes les spécificités liées à la pratique. L'évaluation de la couverture en soins est donc très difficile. D'une part, il est impossible de connaître le nombre d'heures que représente une activité à plein temps pour un médecin, d'autant qu'il peut par exemple fortement varier entre un chirurgien ou un psychiatre. D'autre part, du côté de la demande, la mesure du flux de patients est compliquée car ces derniers ne consultent pas forcément dans leur région ou canton de domicile mais souvent au lieu de leur travail.

Dans ces conditions, les cantons de Fribourg et du Valais notent qu'ils ne peuvent réaliser une telle évaluation de l'offre. A Neuchâtel, différentes démarches ont été mises en place pour apprécier la situation de l'offre, à défaut d'une base de données qui permette de connaître les taux d'activité et les volumes d'activité des médecins : se renseigner auprès de confrères qui connaissent les dossiers ou vérifier la cessation d'une activité dans le bottin de téléphone. Le canton envisage un questionnaire à envoyer aux médecins pour recenser leur activité. Le médecin cantonal jurassien rencontre tous les nouveaux médecins et connaît tous les médecins installés. En ce sens, il dispose d'une vision « claire » de l'offre et bénéficie en cela de l'effet de taille du canton et du nombre relativement faible de médecins pratiquants.

Dans les plus grands cantons, les responsables ne peuvent réguler en se basant sur de telles pratiques. Berne évalue la couverture en soins par un croisement entre les données de l'OLAF, sa propre base de données et les résultats d'un questionnaire réalisé annuellement par la société médicale cantonale. Cette dernière consulte ses membres en les interrogeant à la fois sur la situation de l'offre dans leur spécialité et dans les autres spécialités (par exemple, facilité ou difficulté à déléguer un patient à un confrère). Le canton du Tessin envoie un questionnaire aux médecins tous les deux ans avec un taux de réponse de 60 à 70%.

Les cantons de Genève et de Vaud ont instauré des commissions chargées de l'évaluation de l'offre. Comme le relève le Département de la santé genevois : « En l'absence de normes officielles et d'enquêtes systématiques en la matière, il n'existe pas véritablement d'instrument de mesure permettant de déterminer, sur des bases objectives, si l'offre en prestataires de soins est en adéquation avec les besoins de la population. C'est pour pallier ce manque relatif de repères que notre canton a mis en place une commission dite «quadripartite» (DARES, 2011). De même, la collaboration entre le canton de Vaud et la société médicale SVM concernant la clause du besoin relève de la nécessité d'obtenir des informations plus fiables sur l'offre de la part des milieux concernés, mais aussi de discuter en commun les demandes d'admission et leur pertinence à répondre aux besoins. Le canton et la SVM ont par ailleurs mandaté l'OBSAN pour analyser leurs données respectives sur l'offre de médecins afin d'obtenir une base de référence complète et fiable.

Procédures de décision

Différentes procédures de mise en œuvre ont été instaurées par les cantons.

Berne. La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP), par l'office du médecin cantonal, est chargée de la mise en œuvre de la clause du besoin. Le canton intègre les médecins de manière consultative. En effet, lors de l'analyse des dossiers de médecins requérant une autorisation, le personnel de l'administration se renseigne auprès des spécialistes et des experts concernés par la discipline pour recueillir les informations pertinentes à la prise de décision. Ces acteurs externes n'ont pas de rôle précis dans la prise de décision. Par contre, le canton collabore avec la société des médecins du canton de Berne (BEKAG), qui mène annuellement un sondage auprès de ses membres. Le canton se base également sur les résultats de ce sondage. En outre, le médecin cantonal est membre de la société des médecins et peut ainsi transmettre les décisions politiques et les expliquer aux membres. L'association des assureurs santé-suisse n'est pas consultée. Enfin, la décision finale d'admission est prise par l'office.

Genève. Au sein du Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), la direction générale de la santé (DGS), par le Service du médecin cantonal et la commission « droit de pratique », applique la clause du besoin. La commission a pour mission l'émission de préavis, non contraignants, sur les demandes d'admission à l'intention du Département. Celle-ci analyse toutes les demandes d'admission, les préavise, examine les listes de médecins travaillant dans des institutions de santé, les effets pervers de la clause du besoin, le besoin de certains spécialistes dans des régions précises du canton ou encore les besoins de renouvellement dans chaque spécialité et propose des libérations de droits de pratiquer. Une autorisation de pratiquer à la charge de la LAMal n'est délivrée que si les limites figurant à l'annexe 1 de l'ordonnance ne sont pas atteintes. Dans le cas contraire, les médecins requérants sont inscrits sur une liste d'attente, établie par la DGS et gérée de manière chronologique. Un médecin peut déposer une demande d'admission exceptionnelle en prouvant qu'il pallie une insuffisance de la couverture en soins. La même procédure est valable pour la reprise d'un cabinet si le médecin intéressé ne dispose pas encore d'admission.

Vaud. Le département de la santé et des affaires sociales (DSAS) par son service de la santé publique et sa division qualité et professions de la santé est chargé de la mise œuvre de la mesure. Depuis l'introduction de la clause du besoin, le canton de Vaud est passé par deux phases : une première, jusqu'en 2010, avec une faible intégration des acteurs externes et une seconde avec une plus forte intégration. Avant 2010, seuls les acteurs de l'administration en charge du dossier examinent les dossiers et les préavisent. SantéSuisse est consultée pour préavis. La société vaudoise de médecine (SVM) et les associations de spécialistes sont consultées mais non systématiquement et sans garantie de prise en compte de leurs préavis. L'administration fonde ses décisions essentiellement sur les seuils définis dans les annexes de l'OLAF, sans réelles discussions avec les acteurs externes concernés. Dès le mois de juin 2010, le canton intègre la SVM dans la procédure. Leur partenariat est défini dans une convention qui règle la dénommée « plateforme du besoin ». Ce partenariat concerne plusieurs autres thèmes que celui de la clause du besoin : démographie médicale et épidémiologie, relève et formation, gardes et réseaux de soins. L'administration cantonale réceptionne les demandes, les examine et calcule les densités de médecins dans la spécialité concernée puis transmet le dossier à la SVM qui fait un travail semblable et consulte les spécialités concernées par la demande. Le canton et la SVM se réunissent à intervalle régulier pour discuter des dossiers et les préavisent. Le canton est représenté par le responsable des autorisations de pratiquer, celle des autorisations pour les institutions sanitaires et une représentante de la division hôpitaux. La SVM est représentée par son secrétaire général, l'adjointe au secrétaire général et la responsable du service aux membres. Le canton et la SVM fournissent chacun un préavis soumis au chef du département pour la décision finale.

Neuchâtel. Au sein du département de la santé et des affaires sociales, le service de la santé publique par son médecin cantonal est chargé de la clause du besoin. Le médecin cantonal consulte SantéSuisse et la société neuchâteloise de médecine dans l'évaluation des demandes d'admission. Il peut requérir l'avis d'experts de la discipline concernée par la demande. En croisant les préavis avec les données de l'OLAF, le médecin cantonal évalue les demandes et identifie l'existence ou non d'une composante d'intérêt public.

Valais, Fribourg et Jura. Ces trois cantons n'ont jamais limité les admissions. Suite à l'introduction de la clause du besoin, les personnes en charge des autorisations de pratique se sont occupées des admissions à exercer à charge de la LAMal. Le département de la santé par son service de la santé publique gère les autorisations de pratiquer. Comme aucune admission n'a été limitée, dans le cadre de la clause du besoin, en raison d'un manque d'offre général, le service compétent collabore avec la

société médicale sur les demandes d'autorisation de pratique, comme avant la clause du besoin, pour vérifier les données transmises par le médecin requérant et non pour analyser l'offre ou les besoins en soins.

Tessin. Au sein du Département de la santé et des affaires sociales, l'office de la santé publique fonde ses décisions sur les préavis des sociétés médicales et de santésuisse. Lorsqu'il s'agit de demandes exceptionnelles fondées sur une couverture en soins insuffisante, le responsable des admissions collabore avec le médecin cantonal, qui évalue la densité dont devrait disposer une région, compte tenu aussi de l'offre de services privés à disposition. Le Tessin examine également les candidatures à l'aune de la quinzaine de critères définis dans son ordonnance.

Acteurs, procédures, instruments

On observe ainsi que la plupart des cantons tiennent compte des avis ou préavis des sociétés médicales. Cette collaboration compense les déficits d'information des cantons. Cependant, le rôle des sociétés médicales, en majorité opposées à l'introduction de la clause du besoin, mérite d'être questionné. Les responsables cantonaux émettent un certain nombre d'éléments d'analyse et de positionnements critiques. Les sociétés médicales répondent honnêtement aux consultations, puisqu'elles ont deux intérêts : ne pas être surchargées et limiter la concurrence. Pourtant l'objectivité des sociétés médicales comme par ailleurs celle de santésuisse ne vont pas de soi. Ces deux acteurs ont des intérêts particuliers, qui peuvent supplanter l'intérêt public. Dans ce contexte, la détermination et l'application de critères sont essentielles pour un bon déroulement de la procédure de mise en œuvre de la clause du besoin. Cela permet d'éviter à la fois un part d'arbitraire et une trop grande dépendance de l'autorité par rapports aux acteurs concernés. A ce sujet, les dilemmes de la société vaudoise de médecine quant à sa participation à la procédure sont révélateurs : « Fallait-il s'en tenir à un préavis systématiquement positif au risque de ne pas être pris au sérieux ? Fallait-il donner un avis aussi fondé que possible et donc crédible en courant alors le risque d'un préavis négatif émis par telle ou telle spécialité ? » (Société vaudoise de médecine, 2004). Un dilemme difficile se pose donc pour les sociétés médicales : résister par des préavis systématiquement positifs et se mettre hors-jeu ou collaborer pour mieux défendre leurs membres. En ce sens, les cantons ont intérêt à développer une relation de confiance avec les sociétés médicales et à les intégrer pour optimiser la collaboration et la « justesse » des décisions.

Relevons que les cantons ne collaborent pas entre eux dans l'application de la clause du besoin. Le canton de Genève a transmis pendant une courte période des offres d'emploi d'autres cantons aux médecins de sa liste d'attente. Cette procédure chronophage est restée stérile et a donc été abandonnée. Pourtant, beaucoup de fournisseurs de prestations, de médecins spécialistes notamment, exercent leurs activités sur un plan intercantonal et soignent des patients de différents cantons. De même, beaucoup de patients ne consultent pas toujours dans leur canton de domicile. En ce sens, une certaine forme de collaboration intercantonale semble indispensable pour la régulation du domaine ambulatoire. Pourtant, elle n'est manifestement pas envisageable par les cantons au vu des ressources en personnel et en temps limitées.

S'agissant des instruments d'action, l'analyse montre que les statistiques de l'offre ambulatoire sont centrales pour le pilotage du secteur ambulatoire. Si la collaboration directe avec les fournisseurs et leurs organisations permet de combler certaines lacunes en terme de connaissance, elle ne représente qu'un pis-aller dans le contexte étriqué de la mise en œuvre de la clause du besoin. De toute évidence, les cantons et/ou la Confédération devront améliorer/développer des systèmes d'informations pour

mesurer rigoureusement la situation et l'évolution de la démographie médicale ambulatoire en Suisse et dans chaque canton. En ce sens, le canton de Vaud, dans le cadre de son partenariat avec la SVM, tente d'instaurer un système d'information cantonal de démographie ambulatoire. Le canton du Valais envisage également de développer les dossiers de patients informatisés qui aideraient à établir plus facilement des statistiques.

Enfin, l'analyse permet de mieux saisir l'importance de la collaboration entre le corps médical et les autorités cantonales. Le partenariat, dévoilé publiquement le 20 juin 2011, entre la SVM et le canton de Vaud sur différentes thématiques liées au pilotage du secteur ambulatoire est à cet égard exemplaire. Les buts du partenariat sont clairs : créer un « nouvel espace de discussion inédit pour faire avancer une cause commune ou encore « développer un nouvel « état d'esprit : confiance et coopération » (DSAS, 2011). Les médecins subissent en effet depuis une quinzaine d'années de nombreuses décisions qui ont des impacts sur leur activité (introduction de la clause du besoin, modification des tarifs des laboratoires, etc.) et se doivent d'« exister comme des acteurs » pour maintenir leur pouvoir et défendre leurs intérêts. Dans ce contexte, « le canton représente le niveau naturel d'une collaboration. Il a dans ses mains une partie substantielle du pouvoir sanitaire. En même temps, son principal but dans ce domaine (au-delà d'un toujours possible parasitage des intérêts électoralistes) s'avère proche de celui des médecins : c'est la qualité des soins offerts à la population » (Kiefer, 2011).

Ils rencontrent aussi des difficultés communes avec les caisses-maladie et le gouvernement fédéral. Pour preuves, tous les groupes cibles interrogés relèvent l'importance d'une collaboration : l'Association des médecins assistants et chefs de clinique du canton de Vaud ASMAV aimerait intégrer le partenariat entre la SVM et le canton de Vaud, la BEKAG (société des médecins, Berne) regrette que les médecins soient si peu intégrés par le canton dans le développement de mesures liées à l'offre ou encore les médecins d'institutions genevois AMIG déplorent leur non intégration par le canton de Genève dans les discussions ayant trait à l'offre. Les cantons et les médecins peuvent et devraient donc s'entendre sur des intérêts supérieurs à leurs propres intérêts corporatistes. Ces collaborations sont toutefois gourmandes en ressources et surtout fragiles. Leur mise en place dépend de la volonté politique des chefs de département et leur pérennité repose sur un fonctionnement permettant de garder en ligne de mire les intérêts publics supérieurs par rapport aux intérêts particuliers qui demeurent inévitablement en embuscade.

5.2. Potentiels de régulation

Tous les cantons disposant d'une base légale légitimant la régulation de l'offre de médecins, c'est le niveau de cette offre qui sera déterminante pour apprécier la réelle volonté et la possibilité des cantons d'intervenir. Tous n'adoptent pas, comme démontré auparavant, la même détermination dans la mise en œuvre de la clause du besoin.

Disparités de l'offre cantonale

Nous reproduisons ci-dessous les densités maximales de médecins, telles qu'elles apparaissent dans l'ordonnance OLAF du 9 décembre 2002, et ce pour quatre disciplines : médecine générale, gynécologie et obstétrique, chirurgie et psychiatrie et psychothérapie. Les cantons de Genève, Vaud et Valais appartiennent à la région lémanique, les cantons de Berne Fribourg, Jura et Neuchâtel correspondent à l'espace Mittelland et le Tessin n'est pas compris dans une région plus vaste. Globalement, les cantons de Genève, Vaud et Berne et Tessin ont des densités supérieures à la moyenne suisse ; les densités des

cantons du Valais, Fribourg et Jura sont inférieures. Neuchâtel a une position variable selon les spécialités.

Tableau 4.5 : Taux de médecins pour 100'000 habitants (annexe 2 OFSP, 2002⁵⁹)

	Médecine générale	Gynécologie et obstétrique	Chirurgie	Psychiatrie et psychothérapie
Région lémanique	83.0	16.9	16.9	6.2
Genève	82.0 (-)	24.7 (+)	22.8 (+)	8.8 (+)
Valais	65.6 (-)	10.3 (-)	12.1 (-)	2.6 (-)
Vaud	91.2 (+)	14.8 (-)	15.3 (-)	6.0 (-)
Espace Mittelland	71.6	13.6	15.4	3.8
Berne	77.3 (+)	15.7 (+)	19.5 (+)	4.4 (+)
Fribourg	51.8 (-)	10.1 (-)	8.8 (-)	0.8 (-)
Jura	50.6 (-)	8.9 (-)	8.9 (-)	6.0 (+)
Neuchâtel	61.9 (-)	13.8 (+)	12.0 (-)	5.4 (+)
Tessin	78.5	14.5	13.9	3.0
Suisse	74.2	13.7	12.6	4.2

Les seuils de l'OLAF ne permettent pas de cerner les différences d'offre entre les régions. Le canton de Genève, composé d'une unique région métropolitaine, n'est quasiment pas concerné par le problème de répartition entre régions, même s'il peut en exister à l'échelle des quartiers ou des communes de l'agglomération. En revanche, tous les autres cantons sont confrontés aux problèmes de répartition de l'offre. Nous avons à cet effet constitué quatre catégories de cantons (1) Genève - offre généralement suffisante (2) Berne et Vaud - régions à fortes et faibles densités de médecins. (3) Fribourg, Neuchâtel, Valais et Jura - densités tendanciellement inférieures dans tous les types d'activité avec concentration de l'offre dans les villes. (4) Tessin - canton frontalier dont la pression des médecins italiens pour s'installer est forte et possédant des régions rurales avec densités faibles de médecins.

Possibilités réelles de régulation

La clause du besoin permet-elle effectivement d'agir sur le nombre de médecins et leur répartition territoriale ? En y répondant, il s'agit d'apprécier l'influence de l'état de l'offre dans les cantons sur les possibilités réelles d'instaurer un pilotage réel et d'analyser dans quelle mesure les cantons peuvent effectivement limiter l'offre (indicateurs : refus d'admission, liste d'attente) et mieux la répartir (indicateur : charges sur l'admission quant au lieu d'exercice).

Concernant la régulation du nombre de médecins dans les disciplines avec une densité inférieure aux limites de l'OLAF, aucun canton n'a la possibilité légale de limiter les admissions. D'une part, la base légale ne le permet pas ; d'autre part, aucun canton n'a d'intérêt à restreindre une offre insuffisante.

Au contraire, la régulation du nombre de médecins dans les disciplines avec une densité supérieure aux limites de l'OLAF est l'objectif concret du moratoire. Juridiquement, tous les cantons peuvent restreindre les admissions lorsque les seuils de l'OLAF sont dépassés dans les disciplines concernées. Ainsi, dans le canton de Genève, la clause du besoin est appliquée strictement. La limitation se traduit par la liste d'attente établie par le canton, qui répertorie les médecins en attente d'admission. En 2009,

⁵⁹ Les cantons avaient la possibilité de corriger les chiffres contenus dans l'OLAF du 3 juillet 2002. Nous considérons donc les chiffres corrigés de l'OLAF du 9 décembre 2002.

le canton a fait figurer 347 médecins sur la liste d'attente. Parmi ceux-ci, 137 médecins de 1er recours (actuellement plus soumis) et 210 spécialistes, dont 45 psychiatres. Parmi les 137 médecins de 1er recours, 107 étaient des médecins praticiens, 14 des généralistes et 16 des pédiatres (DARES, 2011). Les cantons de Vaud et de Berne n'établissent pas de liste d'attente, mais ils limitent les admissions dans les régions sur-dotées. Le canton de Berne n'a pas de statistique établie sur le nombre de refus, mais des refus d'admission ont été prononcés. Pour le canton de Vaud, les données ci-après traduisent la situation prévalant pour la période de juin 2010 à juin 2011. Cela confirme les possibilités de pilotage, notamment en termes de refus. Les refus sont toujours liés aux demandes pour motif de pénurie.

Tableau 4.6 : Exemple de régulation, le canton de Vaud, juin 2010-juin 2011

Demandes d'autorisation	Motifs	Décision négative	Décision positive	Restriction géographique
N=77	Pénurie = 47	13	34	46
	Remplacement = 30	0	30	16

Les cantons du Valais, de Fribourg ou du Jura ne limitent pas l'offre de médecins. Même si leur offre est tendanciellement plus élevée dans les villes, ces cantons font face globalement à des problèmes de pénurie. Ainsi, aucune admission n'a été refusée en raison de densités trop fortes. En ce sens, la clause du besoin n'est ni pertinente, ni utilisée. Le canton de Neuchâtel limite par contre les admissions notamment au niveau du littoral, très prisé des médecins désirant s'installer. Le canton du Tessin limite les admissions, car les demandes y sont très nombreuses. Le principe de la liste d'attente y est appliqué. Celle publiée sur le site de l'administration tessinoise, compte 186 médecins en août 2011.

La régulation de la répartition régionale des médecins dans les disciplines avec densité inférieure aux limites de l'OLAF n'est pas réalisable non plus à défaut de bases juridiques. L'exemple du canton du Valais montre que si de nombreuses disciplines sont sous-représentées, elles sont également mal réparties entre les différentes régions du territoire cantonal. Une répartition par région ne peut cependant s'effectuer sur le mode incitatif qu'à la condition de pouvoir limiter les admissions dans une région sur-dotée.

La régulation de la répartition régionale des médecins dans les disciplines avec densité supérieure aux limites de l'OLAF est en effet possible lorsque l'offre, dans une ou plusieurs régions, est suffisante, comme pour les cantons de Vaud et de Berne. Le canton de Genève ne rencontre pas de véritable problème de répartition régionale, puisqu'il ne comprend qu'une région métropolitaine. Pourtant, le canton voulait assortir les admissions d'une condition relative au lieu de pratique, plus précisément le quartier. Juridiquement, cette condition n'est pas possible dans le cas genevois. Les cantons de Vaud et de Berne partagent la particularité de disposer d'une offre globalement suffisante au niveau des centres urbains mais d'une offre insuffisante dans les régions excentrées. Cette particularité permet aux deux cantons d'imposer des charges dans les admissions délivrées concernant le lieu d'exercice. Par exemple, si le nombre de psychiatres pour adolescents est élevé en ville de Lausanne mais que cette offre est limitée dans le Pays d'En-Haut, une admission peut être délivrée et conditionnée à l'exercice dans ce lieu. Pour le responsable des admissions du canton de Vaud, la clause du besoin est un moyen de négociation dans ce type de situation. Le canton peut inciter les requérants d'une admission dans un lieu déjà sur-doté à s'installer dans d'autres régions. Le canton de Berne pratique de la même manière. Cependant, on ne peut établir le nombre de médecins qui s'installent dans des régions sous-dotées suite à l'incitation de l'administration puisqu'il est impossible de connaître le nombre de médecins renonçant par eux-mêmes à l'installation dans ces régions. Dans ce cas, la clause du besoin peut donc être utilisée

sous une modalité incitative. Le canton de Berne ne dispose d'aucune donnée à ce sujet, mais confirme que la plupart des admissions liées à une couverture en soins insuffisante étaient soumises à une restriction géographique. Le canton de Vaud restreint géographiquement la plupart des admissions liées à une couverture insuffisante en soins. Les cantons du Valais, du Jura et de Fribourg ne peuvent pas piloter l'offre sous l'angle de la répartition géographique. Selon le service valaisan de la santé publique « cette ordonnance ne nous aide pas car on n'a pas assez de monde. Il faudrait arriver aux quotas pour ensuite pouvoir limiter les autorisations et les conditionner à des régions ». Au Tessin, on note que la clause du besoin ne permet pas une meilleure répartition de l'offre et que si les demandes demeurent pléthoriques dans les villes, de nombreuses régions restent sous-dotées en médecins malgré les aides financières allouées. Ainsi, la clause du besoin permet de réguler l'offre sous l'angle de la répartition de manière très limitée et de façon uniquement incitative. Si l'instrument est pertinent au niveau de la limitation quantitative des admissions, son impact est très faible s'agissant de l'amélioration de la répartition géographique des médecins.

Le pilotage des divisions ambulatoires des hôpitaux notamment réalisé par les cantons de Vaud, Genève et Tessin est complexe. La clause du besoin est un outil adapté à la limitation du nombre de fournisseurs en cabinets privés. Or, les médecins exerçant dans des hôpitaux publics partagent souvent leur activité entre le domaine stationnaire et la délivrance de prestations ambulatoires. L'évaluation de la quantité d'activité dans chaque domaine est ardue. Par ailleurs, « il n'existe pas proprement dit de service hospitalier ambulatoire » et donc de délimitation claire des deux secteurs (Kocher & Oggier, 2011, p.188). Il est donc très difficile pour les cantons d'obtenir des informations précises des hôpitaux sur le type d'activité des médecins, quand bien même ces informations évoluent très rapidement au sein de l'hôpital.

Le canton de Genève a mis en place une limitation des admissions pour le secteur ambulatoire hospitalier. Le canton de Vaud a, quant à lui, pris un certain retard dans ce processus. Cela s'explique par le fait que les hôpitaux ont tardé à fournir les données nécessaires à la régulation et qu'au sein de l'administration se pose un problème institutionnel : le domaine des hôpitaux relève de la division des hôpitaux et la clause du besoin de la division qualité et professions de la santé. Cette répartition des compétences ne va pas de soi. De plus, l'échéance de la clause du besoin à fin 2011 et, auparavant, les incertitudes sur sa prolongation ne rendent pas sa mise en œuvre prioritaire. Les cantons hésitent ainsi logiquement à investir pour une tâche qui ne s'inscrit pas dans la durée, car provisoire et limitée dans le temps. Cette incertitude pèse de tout son poids dans les décisions et conditions d'application.

Par ailleurs, le Tessin explique que l'administration a attendu une année avant d'obtenir les informations nécessaires au pilotage de la part des hôpitaux et que ces dernières requièrent une mise à jour mensuelle. On y relève également qu'en théorie le canton devrait disposer du nom de chaque médecin avec sa spécialité pour appliquer la clause du besoin. Or, la plupart des médecins pratiquant en hôpital sont en formation et n'ont pas encore de spécialité attirée. Le canton a dès lors décidé de compter le nombre de places de formation par service tout en tenant compte du fait que les médecins changent régulièrement de services. Enfin, l'accord tarifaire entre santésuisse et H+ prévoit que les prestations délivrées par des médecins assistants sont attribuées aux médecins chefs. Le canton ne peut donc connaître le véritable fournisseur de prestation. Le canton n'a enfin aucun moyen de contrôle de l'application des décisions au sein de l'hôpital. La prévision de ces difficultés en termes de ressources informationnelles, temporelles ou encore en personnel a d'ailleurs incité le canton de Berne à renoncer à cette mise en œuvre.

Mise en œuvre

L'influence des spécificités cantonales de l'offre de fournisseurs de prestations sur la régulation du système par la clause du besoin est réelle. Avec l'introduction de l'article 55a LAMal et les prolongations répétées de la mesure, les cantons disposent d'un instrument d'intervention pour gérer la limitation et la répartition géographique et par spécialité du nombre de médecins. Si l'instrument est performant en terme de limitation, il est de faible portée en terme de répartition. Seule une offre suffisante en soins dans certaines régions permet la limitation et le pilotage par répartition. Lorsque l'offre est insuffisante, l'instrument est inutilisable. Le tableau ci-dessous résume les possibilités réelles de régulation de l'offre par la clause du besoin selon la situation de l'offre en fournisseurs dans chaque canton.

Tableau 4.7 : Possibilités réelles de pilotage par canton

	Limitation		Répartition		Divisions ambulatoires hôpitaux
	Offre de médecins	Liste d'attente/refus d'admissions	Charges liées au lieu ou au type d'activité à exercer		
	Densités inférieures aux limites OLAF	Densités supérieures aux limites OLAF	Densités inférieures aux limites OLAF	Densités supérieures aux limites OLAF	
Berne (2)	Non	Oui	Non	Non	Non
Fribourg (3)	Non	Non	Non	Non	Non
Tessin (4)	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Vaud (2)	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Valais (3)	Non	Non	Non	Non	Non
Neuchâtel (3)	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Genève (1)	Non	Oui	Non	Non	Oui
Jura (3)	Non	Non	Non	Non	Non

Les potentiels limités de la clause du besoin sont évidents. La clause du besoin est un outil efficace pour limiter les admissions. Par contre ce même outil, auquel le législateur a voulu attribuer d'autres fonctions (pilotage par répartition, pilotage de la division ambulatoire des hôpitaux) permet dans une mesure limitée, puisque uniquement incitative, d'atteindre ces autres buts. L'absence de données statistiques comparables ne permet pas de comparer les taux de refus ou le nombre de médecins sur les listes d'attente. Ces données ne permettent pas de mesurer l'efficacité du pilotage.

Et puis, les décisions concernant les autorisations soumises à la clause du besoin font l'objet de discussions de la part des administrations, qui tiennent compte des consultations effectuées auprès des acteurs externes. Cette phase de discussion est importante, car les différentes parties examinent les dossiers et les arguments des médecins requérants pour fonder ensuite leur avis sur des critères qui, s'ils sont expliqués aux médecins, ne sont pas accessibles. Ainsi, la clause du besoin est aussi un outil laissant une large marge de manœuvre aux cantons dans leurs prises de décisions. A nouveau, cet exemple montre l'importance d'inclure les sociétés médicales dans les discussions afin, pour les cantons, de légitimer des décisions qui pourraient apparaître obscures ou arbitraires et, pour les groupes cibles, d'apporter leur expertise et d'influencer les décisions. En ce sens il est intéressant de relever l'exemple du canton de Vaud où à 13 reprises, dans la période de référence, les préavis négatifs en première instance du service de la santé publique ont débouché sur des décisions positives suite au travail réalisé avec la SVM.

6. Alternatives à la clause du besoin

La clause du besoin est arrivée à échéance au 31 décembre 2011. Si l'utilité de l'instrument diverge en fonction des situations de l'offre et de son application par les cantons, pour ceux qui se sont engagés dans une dynamique de régulation et limitent les admissions, sa suppression est préoccupante. La Conférence des directeurs cantonaux de la santé CDS a sollicité la commission de la santé du Conseil des Etats CSSS-E pour prolonger la clause du besoin, au moins pour une année, afin de permettre au projet de révision LAMal - Managed Care d'entrer en vigueur. La CSSS-E a refusé par une très forte majorité une initiative de commission allant dans ce sens, arguant que lors des trois dernières prolongations, le Parlement s'est engagé à ne pas renouveler cette mesure, et qu'il en va donc de la « crédibilité » du Parlement de tenir cet engagement⁶⁰. Politiquement, plusieurs propositions sont évoquées comme « alternatives » au pilotage par la clause du besoin.

L'introduction du « Managed Care » dans la LAMal (réseaux de soins) est la réponse politique principale du Conseil fédéral. Cet objet soumis à référendum populaire a été refusé par le Peuple, le 17 juin 2012. Au-delà des postures politiques, sur le fond, ce projet n'est pas une alternative à la régulation de la démographie médicale par les cantons. En effet, au sein des réseaux de soins intégrés, les assureurs peuvent choisir les prestataires avec lesquels ils souhaitent collaborer. Un tel système ne résout en rien la question de l'offre globale de fournisseurs exerçant en cabinets, et encore moins au niveau de l'ambulatoire hospitalier, puisque ces derniers pourront toujours exercer hors des réseaux. De plus, dans ce système, les cantons perdent leur compétence de régulation.

Autre approche, la commission du Conseil des Etats est entrée en matière sur une initiative parlementaire de sa commission sœur, du Conseil national, qui demande une compétence subsidiaire au Conseil fédéral pour procéder à « des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et si les parties ne peuvent s'entendre sur une révision » (Initiative parlementaire Tarmed du 2 mars 2011). La structure tarifaire actuelle est très favorable aux spécialistes et rend la médecine de 1er recours et les régions périphériques peu attractives. Le mécanisme de neutralité des coûts du Tarmed est un frein au changement, car la revalorisation tarifaire des prestations de 1er recours induit une dévalorisation des prestations de spécialistes. Or, actuellement, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à s'accorder sur une révision de la structure tarifaire, raison pour laquelle la CDS a demandé au chef du Département fédéral de l'intérieur d'actualiser les structures tarifaires et d'examiner la définition des positions. Pour autant, toute réactualisation efficace se devra d'être ambitieuse car actuellement sur 4600 positions tarifaires, 440 correspondent aux prestations de base et seules 4 sont réservées à la médecine de 1er recours. Les 446 autres positions et toutes les autres peuvent également être utilisées par des spécialistes. Dans cette définition, une revalorisation des positions de médecine de base profiterait aussi aux spécialistes et pas uniquement aux médecins de 1er recours (4 positions) (Conseil des Etats du Canton de Vaud, 2011).

Enfin, une troisième proposition liée au financement du secteur ambulatoire hospitalier est discutée. Si les cantons ont décidé de ne pas entrer en matière sur le financement du secteur ambulatoire privé, ils réfléchissent à la possibilité de financer le secteur ambulatoire hospitalier sur le même mode que le secteur stationnaire. Ainsi, la participation au financement de ce secteur, dont les coûts ont fortement

⁶⁰ Sources : documents internes de la CDS.

augmenté ces dernières années, permettrait aux cantons de revendiquer également des compétences en terme de régulation.

7. Conclusions

L'introduction d'une clause du besoin relative à l'admission des nouveaux fournisseurs de prestations dans le domaine de la médecine ambulatoire consiste de toute évidence à pallier les déficiences du marché. A partir des années nonante, les autorités politiques et de santé publique sont confrontées à la difficulté de répartir de manière optimale l'offre de médecins, soit par discipline, soit par région : régions et disciplines attractives (régions plutôt urbaines, spécialistes) et moins attractives (régions plutôt périphériques, médecine de premier recours). L'introduction de la clause du besoin, en juillet 2002, découle d'une part du constat d'une augmentation trop importante de l'offre de fournisseurs dans le secteur ambulatoire des soins et, d'autre part, de la crainte d'une ouverture des frontières en raison des accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne, ces deux phénomènes provoquant un accroissement de la demande, donc une augmentation des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Au cœur de la « clause du besoin » cohabitent les deux notions de « besoin » et d'« offre », complexes à appréhender dans le domaine de la santé et plus encore dans un système fédéraliste. Décidée dans l'urgence et pensée comme une mesure limitée et exceptionnelle, devant servir à contrer la proposition de suppression de l'obligation de contracter au moment où les accords bilatéraux allaient entrer en vigueur, tant les besoins en soins que l'offre de fournisseurs n'ont pas fait l'objet d'études approfondies préalables. Les cantons ont ainsi disposé, du jour au lendemain, d'un instrument de régulation l'offre de soins ambulatoires sans avoir eu jusque-là des compétences de planification dans le secteur ambulatoire et, par conséquent, sans avoir constitué des informations et instruments d'aide à la décision fiables. Les modalités d'élaboration des décisions, d'anticipation et de mise en œuvre, mais encore la décision initialement limitée dans le temps de cette mesure constituent de toute évidence une incohérence fondamentale, problématique du point de vue de la gestion d'une politique publique, en l'occurrence de la clause du besoin.

Dans ce contexte particulier, les cantons ont été contraints de développer leurs propres stratégies pour respecter la loi et utiliser au mieux la mesure, dans un environnement de grande incertitude, puisque celle-ci fut prolongée à trois reprises, empêchant une action concertée inscrite dans la durée. Les cantons analysés, hormis le Valais, Jura et Fribourg, dont l'offre est insuffisante, ont notamment impliqué les fournisseurs de soins, par leurs associations faitières, dans les procédures de décision, afin soit de les consulter (Berne, Neuchâtel, Tessin) ou de les intégrer de manière plus approfondie aux discussions (Genève et Vaud). Cette stratégie leur permet de disposer des ressources et de collaborations importantes pour la régulation, d'une part s'agissant de l'information sur l'offre, dont disposent les sociétés médicales et, d'autre part, pour asseoir la légitimité des décisions.

Instauration de la mesure

Au niveau de sa mise en œuvre, la clause du besoin permet de limiter l'offre et de mieux la répartir par l'incitation et les restrictions géographiques. Pourtant, son instauration abrupte, sans préavis (décision du Conseil fédéral le 3 juillet 2002, entrée en vigueur le 4 juillet 2002), sans étude préliminaire rigoureuse ni concertation entre les acteurs concernés, la rend problématique, pour ne pas dire biaisée. C'est que la clause du besoin ne s'avère utilisable que pour les cantons disposant de régions avec une

offre globale excédentaire (Genève) et en partie lacunaire (Vaud, Berne, Neuchâtel). Dans ce contexte, la clause du besoin n'est pas utile aux cantons du Valais, du Jura, de Fribourg. L'exemple du Tessin, avec des densités fortes et faibles selon les régions, montre que la clause du besoin est un instrument restrictif inefficace pour mieux répartir les médecins. Pour améliorer la répartition régionale des médecins, les mesures prises devraient considérer les attentes professionnelles des médecins influençant les carrières (pratique de groupe, charge de travail, qualité des relations professionnelles, etc.), mais aussi les attentes personnelles liées au cadre de vie et à la famille (infrastructures scolaires, culturelles, constitution d'un réseau social, etc.) (Bourgueil, Mousquès & Tajahmadi, 2006).

A propos des coûts, soulignons que les cantons ne sont pas véritablement en mesure d'évaluer l'impact de la mesure. Genève estime que la clause du besoin a réduit les coûts dans la mesure où leur augmentation totale par assuré a été moins élevée à Genève que dans le reste de la Suisse⁶¹. En réalité, il est difficile d'isoler l'impact de la clause du besoin des autres facteurs influençant les coûts par assuré. Le Conseil fédéral souligne à cet effet que la clause du besoin coïncide avec l'introduction du Tarmed et que la phase de neutralité des coûts imposée (permettant aux cantons d'adapter les valeurs du point tarifaire (« en cas d'écart, vers le haut ou vers le bas, de la fourchette des coûts donnée)) ne permet pas d'évaluer séparément les effets de la clause du besoin et de l'introduction du Tarmed (Réponse du Conseil fédéral du 27 septembre 2007).

Faiblesses de la mesure

Malgré l'absence d'évaluation et au-delà de la seule perspective économique, un certain nombre de faiblesses intrinsèques à l'introduction de la clause du besoin peuvent être discutées. D'une part, la mesure repose à son origine sur des bases de nature exclusivement quantitatives (nombre de médecins et répartition) et non qualitatives. De plus, en frappant principalement les jeunes médecins qui souhaitent s'installer, elle ne remet pas en cause l'offre existante puisque les seuils de l'ordonnance sont basés sur le statu quo. La clause du besoin ne permet donc pas de réguler effectivement l'offre à l'aide de critères de qualité ou d'économicité des prestations. D'ailleurs, la mesure exclut les médecins installés des groupes cibles de la mesure, alors qu'eux aussi allouent des prestations. En ce sens, elle n'incite aucunement les médecins installés à accroître l'utilisation optimale de ressources et donc renforcer l'économicité des prestations. D'autre part, il apparaît que les prix de remise des cabinets explosent dans les cantons et/ou régions où la limitation est forte. Dans ces cas, les médecins qui offrent le meilleur prix de remise obtiennent le cabinet indépendamment de la qualité de leur travail. Enfin, la clause du besoin induit des effets pervers tels que la sur-spécialisation des médecins assistants alors que la médecine de 1er recours souffre clairement d'un manque d'intérêt. Ces différentes faiblesses sont les conséquences logiques d'une mesure visant, à l'origine, à réduire les coûts par la maîtrise du nombre de fournisseurs.

Pourtant, « la clause du besoin ne devrait en aucun cas être une mesure imposée en dehors d'un projet général de planification sanitaire avec définition claire, explicitée, des objectifs » (Bailly & Bernhardt, 2001, p. 28). Une mesure aussi restrictive devrait reposer sur des analyses fines du « profil démographique et sanitaire » de la population, de l'utilisation des services sanitaires par la population et des ressources à disposition. Dans ce contexte, les besoins en soins doivent être étudiés en dépassant

⁶¹ L'augmentation totale des coûts par assuré entre début 2006 et fin 2008 a été de 3.9% à Genève, contre 8.1% en Suisse (DARES, 2011, p.120).

la notion normative du besoin, définie uniquement par des seuils discutables. Sans une telle réflexion, de nombreux problèmes liés à la définition des seuils/normes, des priorités, des critères pour l'accès aux admissions (nombre, qualité des soins) ou encore des conséquences économiques et sociales, apparaissent dans l'application d'une telle clause. Cette réflexion n'a pas lieu au niveau du système de santé suisse. L'analyse a montré que la majorité des acteurs interrogés perçoit le problème de la hausse des coûts liée au nombre trop important de fournisseurs dans le secteur ambulatoire et celui de la pénurie dans certaines disciplines et régions comme distincts. Or, le système de santé aurait tout à gagner d'une réflexion globale et cohérente sur la qualité des soins souhaitée et en conséquence sur les ressources que la collectivité veut/peut investir pour un tel système.

Effets positifs

Au-delà des aspects discutables de la clause du besoin, l'analyse montre que cette mesure induit des effets positifs indirects pour les cantons. Ces effets positifs doivent être retenus comme des enseignements précieux pour la régulation du système de santé.

Le principal effet positif réside dans l'accès des cantons à la gouvernance du secteur ambulatoire. Les cantons utilisant la clause du besoin disposent d'un outil pour cerner l'offre de médecins en pratique privée. Dans le contexte de pénurie de médecins de 1er recours et de mauvaise répartition spatiale de l'offre, sa connaissance est primordiale pour les cantons. Or, les systèmes de collaboration avec les acteurs externes, mis en place par les cantons pour améliorer les sources d'informations, n'ont été que des pis-aller, en raison du caractère provisoire de la clause du besoin et de l'insuffisance des bases légales pour procéder à une effective régulation. Une véritable connaissance de l'offre ambulatoire ne peut faire l'économie de l'établissement d'une démographie des professions de la santé dans le secteur ambulatoire articulée sur des indicateurs rigoureux et fiables. Les données des sociétés de médecine ou de santé suisse ne sont pas conçues à cette fin et souffrent donc de lacunes. Dans ce contexte, un système d'information national et uniforme semble indispensable afin que l'information soit systématique, transparente et disponible pour les autorités sanitaires, fédérale et cantonales.

Un autre enseignement renvoie à l'importance de l'intégration des médecins dans les discussions relatives à la détermination de l'offre, donc l'allocation des ressources. Les analyses montrent que la collaboration avec les médecins est précieuse pour les cantons. Dans les cantons de Genève et Vaud, celles-ci ont été favorisées par la clause du besoin, les deux parties y trouvant un intérêt à collaborer. Même si elles requièrent des capacités de compromis de la part des acteurs, les collaborations sont indispensables pour affronter les défis futurs du système de santé, tels la gestion de la relève médicale, la revalorisation de la médecine de 1er recours, l'amélioration de la répartition géographique des médecins, etc.

La mesure ayant échoué à fin 2011, aucune des alternatives à la clause du besoin évoquées précédemment ne confère de pouvoir de régulation aux cantons. Ainsi, les cantons appliquant la clause du besoin craignent particulièrement son arrêt. A l'image du président de la FMH, qui relève qu'il ne s'agit que d'un « frein à main » alors « pour piloter il faut au moins aussi la pédale des gaz et un volant », les cantons ne disposent désormais ni de frein, ni de pédale de gaz, ni de volant ! Une politique publique a été instaurée abruptement. Elle prend fin de manière tout aussi abrupte et incohérente.

L'enjeu consiste donc pour les cantons à poursuivre les efforts importants déployés sur les autres phases déterminant l'offre en soins, en agissant par exemple sur le nombre de médecins formés, les choix de

formations postgraduées, l'amélioration de la formation en médecine de 1er recours ou encore l'amélioration des conditions-cadre de l'exercice de l'activité, notamment dans les régions périphériques. La préoccupation centrale pour beaucoup de cantons périphériques demeurera la garantie d'un accès aux soins pour l'ensemble de la population.

Si la clause du besoin est introduite avec la volonté de contenir la quantité de médecins et, par conséquent, la hausse continue des coûts dans le secteur ambulatoire des soins, son introduction peut être considérée comme exceptionnelle. Au niveau politique d'abord, car elle permet à un moment particulier de contrer la volonté de supprimer l'obligation de contracter. Ensuite au niveau temporel, car elle est originellement limitée à trois ans pour prévenir l'entrée en vigueur des accords bilatéraux et l'afflux possible de médecins étrangers. Or, dans l'impossibilité de trouver le mode de régulation et l'instrument d'intervention les plus adéquats pour réguler le secteur, le législateur a prolongé à trois reprises la clause du besoin. Les aménagements apportés dans le cadre de la dernière prolongation, pour améliorer la répartition de l'offre et la suppression de la clause du besoin pour les médecins de 1er recours, sont les signes d'une prise de conscience des problématiques de pénurie des médecins de 1er recours et de mauvaise répartition régionale de l'offre. Cette évolution ne relève pas d'un changement de paradigme, mais plutôt d'une complexification progressive du problème public. La maîtrise des coûts demeure toujours au centre des préoccupations.

Parmi les conditions permettant aux cantons de réguler l'offre en termes d'effectif et de répartition, l'analyse confirme l'importance pour les cantons d'ouvrir les procédures aux acteurs externes, notamment les sociétés médicales. Cette ouverture permet aux cantons d'accéder à des données sur l'offre de fournisseurs qu'ils ne possèdent pas. Les cantons qui choisissent d'intégrer ces acteurs dans des commissions réussissent à obtenir des connaissances supplémentaires résultant des discussions communes autour des dossiers. De plus, la consultation des acteurs permet de mieux légitimer les décisions prises, surtout lorsque ces derniers sont véritablement inclus dans la procédure. Pour les sociétés médicales, la consultation et/ou la participation aux procédures leur offrent des possibilités d'apporter leur expertise et d'influencer les décisions.

Une autre condition nécessaire au pilotage du secteur ambulatoire par la clause du besoin est la situation cantonale de l'offre de fournisseurs. La limitation du nombre de fournisseurs n'est possible que dans les cantons ayant une offre déjà suffisante en soins. Le pilotage de la répartition n'est réalisable que dans les cantons comprenant à la fois des régions avec une offre excédentaire et une offre lacunaire. Le pilotage par répartition est basé principalement sur l'incitation. Les administrations informent et incitent les médecins à s'installer dans des régions moins desservies sans possibilité de contrainte. En ce sens, la clause du besoin ne permet que de manière limitée de piloter l'offre en termes de répartition.

Finalement, une question s'impose : la clause du besoin est-elle un mal nécessaire ? Les médecins répondent clairement par la négative, même s'ils ne sont pas complètement opposés à une certaine forme de régulation, mais mieux adaptée. Les cantons ayant appliqué la clause du besoin répondent par l'affirmative. Même si la mesure n'est pas parfaite, elle est indéniablement un instrument de régulation d'un secteur central du système de soins. Les problématiques de pénurie de médecins de 1er recours et de la mauvaise répartition régionale des médecins expriment l'incapacité du marché à allouer de lui-même les ressources de manière optimale et la nécessité d'une régulation. Les cantons sont et demeureront donc des acteurs clés dans le pilotage des soins ambulatoires, avec ou sans clause du besoin. Ils ont dans cette perspective, l'obligation et la responsabilité de garantir l'intérêt général.

Les enseignements

Introduire une mesure de politique publique de régulation par surprise, mal préparée, imposée de manière abrupte par l'autorité fédérale dans un système fédéraliste à compétences sanitaires cantonales, sans concertation ni analyse préalable, pour une durée déterminée mais successivement prolongée pour durer finalement neuf ans et demi, sans évaluation ni étude d'impact, sans discussion fondée et argumentée sur la pertinence d'un ancrage définitif sont les éléments principaux qui caractérisent la constante ambivalence de la clause du besoin ou gel des cabinets médicaux.

Alors qu'indéniablement l'instrument peut faire sens, la mesure, telle que conçue et mise en œuvre, comportait tous les ingrédients pour, à la fois, ne pas donner satisfaction, ni ouvrir des perspectives nouvelles. L'absence de concertation, d'objectifs communs et clairement déterminés entre les niveaux institutionnels, que ce soit entre la Confédération et les cantons ou entre les cantons eux-mêmes, et celle d'une évaluation des effets obtenus expliquent un sentiment général mitigé. Les fortes demandes d'ouverture de nouveaux cabinets médicaux constatées par certains cantons durant la première partie de l'année 2012 expriment toute la contradiction d'un domaine de la santé qui se veut libéral et fondé sur les règles du marché et qui doit simultanément répondre aux exigences de la maîtrise des coûts imposées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie et les politiques budgétaires des autorités publiques fédérale et cantonales. Malgré les tâtonnements qui ont caractérisé l'introduction et la mise en œuvre de la clause du besoin, des enseignements sont à tirer, positifs. Des collaborations vertueuses sont apparues entre les acteurs concernés, qui comportent des potentiels à exploiter pour favoriser une allocation des ressources adéquate dans le domaine ambulatoire, qui réponde aux contraintes et attentes d'un accès équitable pour la population, d'économicité et de qualité des prestations.

Références bibliographiques

Législation fédérale (lois, initiatives, motions, postulats)

Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst.) du 18 avril 1999 - RS 101.

Initiative parlementaire. Gel des admissions. Solution transitoire. *Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 25 mars 2009* – 09.400.

Initiative parlementaire. *Gel des admissions. Solution transitoire. Rapport du 25 mars 2009 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national. Avis du Conseil fédéral du 13 mai 2009* – ad 09.400.

Initiative parlementaire du 23 mars 2011. Tarmed. *Compétence subsidiaire du Conseil fédéral* – 11.429

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) – RS 832.10.

Loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (LPMéd) - (RS 811.11).

Loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les marchés intérieurs (LMI) (RS 943.02).

Conseil fédéral (1991). *Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991*.

Conseil fédéral (2004a). *Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Liberté de contracter) du 26 mai 2004* – 04.032.

Conseil fédéral (2004b). *Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care) du 15 septembre 2004* – 04.062.

Motion de la CSSS-CN. *Suppression de l'obligation de contracter* - 00.3003.

Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF) du 3 juillet 2002 – RS 832.103.

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

Postulat CSSS-CE- *Revalorisation de la médecine de famille* - 07.3279.

Postulat CSSS-CN - *Revalorisation de la médecine de famille* - 07.3561.

Réponse du Conseil fédéral du 27.09.2007 à l'interpellation d'Yves Guisan. Art 55a LAMal. La clause du besoin - (07.3393).

Berne :

Ordonnance sur les exceptions à la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OEA).

Fribourg :

Ordonnance d'application de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 28 juin 2005 – ROF 2005_072.

Ordonnance modifiant l'ordonnance d'application de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 8 juillet 2008 – ROF 2008_081.

Ordonnance modifiant l'ordonnance d'application de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 19 janvier 2010 – ROF 2010_007.

Genève:

Règlement d'application de l'ordonnance sur la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RaOLAF) du 27 janvier 2007.

Jura:

Ordonnance portant sur l'exécution de l'ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire du 25 février 2003 – 832.116.

Neuchâtel:

Arrêté d'application de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire du 18 décembre 2002.

Arrêté d'application de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire du 27 juin 2005 – 821.121.20.

Tessin:

Decreto esecutivo concernente l'applicazione del Decreto legislativo concernente l'applicazione dell'art. 55a della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione contro le malattie per il periodo dal 1° gennaio 2010 al 1 dicembre 2011, del 26 gennaio 2010, dell'11 maggio 2010.

Valais :

Ordonnance d'application sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire - 832.108.

Vaud :

Arrêté sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie - 832.05.1.

Procès-verbaux

Débats du Conseil national-session de printemps 2000 - troisième séance - 08.03.00

Débats du Conseil des Etats - session automne - deuxième séance - 21.09.04

Débats du Conseil national sur le gel des admissions des 08.10.04, 13.06.08 et 12.06.09

Débats du Conseil des Etats sur le gel des admissions des 08.10.04, 13.06.08 et 12.06.09

Débats du Conseil des Etats – session d'hiver – douzième séance -18.12.08

Débats du Conseil national- session d'été 2009 – quatrième séance – 27 mai 2009

Comptes-rendus de la 11^{ème} journée de travail de la politique nationale de la santé. *Entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers*. Berne : 19 novembre 2009.

Pétition de la Société Suisse de Médecine générale. Gegen die Schwächung der Hausarztmedizin und den drohenden Hausärztemangel.

Ouvrages

Achtermann Wally, Berset Christel (2006). *Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Analyse et perspectives Volume 1*. Berne : OFSP.

Ayer Ariane, Despland Béatrice (2004) *Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Edition annotée*. Genève : Editions médecine et hygiène.

Bailly Antoine, Bernhardt Martin, Gabella Mauro (2006). *Pour une Santé de Qualité en Suisse*. Paris : Economica.

Donzé Pierre-Yves (2003). *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*. Genève : Editions Médecine et hygiène.

Fédération suisse des employé-e-s d'assurances sociales (1990). *Assurance-maladie. Quelle révision ? Suisse 1889-1989. Cent ans déjà. Travaux réunis par Pierre Gilliand*. Lausanne : Réalités sociales.

Gilliand Pierre, Laplanche Bernadette, Menthonnex Jacques, Rossini Stéphane (1991). *Démographie médicale en Suisse 1900-1990-2020*. Lausanne: Editions Réalités sociales.

Kocher Gerhard, Oggier Willy (2005). *Système de santé suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*. Berne : Ed. Hans Huber.

Kocher Gerhard, Oggier Willy (2011). *Système de santé suisse 2010-2012. Survol de la situation actuelle*. Berne : Ed. Hans Huber.

Knoepfel Peter, Larrue Corinne et Varone Frédéric (2006), *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Zürich/Chur : Verlag Rüegger.

OMS (2000). *Rapport sur la Santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*. Paris : OMS.

Roth, Maik (2010). *Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007*. Neuchâtel : OBSAN .

Schubert Klaus, Bandelow Nils C. (2003). *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Wächter Matthias (2004). *Pour une politique solidaire de la santé. Les réformes du système de santé suisse sous l'angle de la politique sociale*. Berne : communauté suisse de travail pour la politique sociale (CSPS).

Articles/revues

Bailly Antoine, Bernhardt Martin (2001). La « clause du besoin » : un choix de société. *Revue Médecine&Hygiène* 59/2001. Lausanne : Editions Médecine & Hygiène.

Duhem Valentine (2010). *Prestations médicales de base dans les régions de montagne et les zones rurales*. Berne : Groupement suisse pour les régions de montagne SAB.

Forum Santé-Gesundheit (2009). *Déserts sanitaires et oasis de santé. Résumé de la 11^{ème} journée de Forum Santé-Gesundheit du 22 janvier 2009 à Interlaken*. Meyrin : Forum Santé-Gesundheit.

Groenewegen Peter P., Dixon Jennifer, Boerma Wienke G.W. (2002). The regulatory environment of general practice: an international perspective, in : Saltman Richard B., Busse Reinhard, Mossilos Elias. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Philadelphia : Open University Press.

Kiefer Bertrand (2011). Une nouvelle alliance médecins-Etat. *Revue médicale suisse* 7/2011. Lausanne : Editions Médecine & Hygiène.

Kraft Esther, Hersperger Martina (2009). Médecins en Suisse- Densité médicale et répartition régionale. *Bulletin des médecins suisses*, 90 :43 Muttenz : EMH.

Kraft Esther (2011). Statistique médicale 2010. 30'273 médecins au service de la Suisse. *Bulletin des médecins suisses*, 92 :12 Muttenz : EMH.

Santésuisse (2009). Politique de santé in : *Mise au point 4/09*. Soleure : Editions santésuisse.

Santésuisse (2009). Pénurie de personnel de santé in : *Info santésuisse 9/09*. Soleure : Editions santésuisse.

Schneider Sandra (2001). Formation des tarifs dans le système de santé suisse. *Sécurité sociale 2/2001*. Berne : OFAS.

Société des médecins du Canton de Berne (2009). *Arztliche Versorgungssituation im Kanton Bern 2009*. Berne: BEKAG.

Société des médecins du Canton de Berne (2010). *Arztliche Versorgungssituation im Kanton Bern 2010*. Berne: BEKAG.

Société vaudoise de médecine (2004). ASMAV et SVM jettent un pont sur la Clause du besoin. *Courrier du médecin vaudois 4/2007*. Lausanne : SVM.

Winistörfer Matthias (2002). Limitation à la liberté d'établissement. Et ensuite ? *Journal ASMAC 6/2002*. Berne : ASMAC.

Rapports/Etudes

Bétrisey Carine, Jaccard Ruedin Hélène (2007). *Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004. Analyse de l'activité médicale à la charge de l'Assurance Obligatoire des Soins*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Bourgueil Yann, Mousquès Julien, Tajahmadi Ayden (2006). *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de la santé ? Les enseignements de littérature internationale et des mesures adoptées en France*. Paris : IRDES.

Canton de Vaud, service de la santé publique et de la planification sanitaire (1989). *L'évolution de la démographie médicale et ses enjeux. Rapport final de la Commission pour l'étude de l'augmentation de la densité médicale dans le canton de Vaud*. Lausanne : Service de la santé publique et de la planification sanitaire.

Conseil d'Etat du canton de Vaud (mai 2011). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat Dominique-Richard Bonny et consorts intitulé "Des médecins pour nos campagnes"*. Lausanne : Conseil d'Etat.

CDS, DFI/OFSP (2006a). *Rapport final. Financement « Formation postgrade spécifique »*. Berne : CDS.

CDS, DFI/OFSP (2006b). *Rapport final. Service de garde et d'urgence : mesures et recommandations*. Berne : CDS.

CDS, FMH (15 août 2008). *Réglementation subséquente à la limitation des admissions (55a LAMal)*. Berne : CDS, FMH.

Commission quadripartite consultative en matière de limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (14 juin 2011). *Rapport d'activité législature 2010-2014. 1^{ère} année (1^{er} juin 2010 – 31 mai 2011)*. Genève : DARES-DGS.

Conseil fédéral (2010). « *Situation actuelle de la médecine de 1^{er} recours* ». *Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE) 07 3279 « revalorisation de la médecine de famille » ainsi que du postulat de même teneur de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) 07.3561.*

Conseil Suisse de la Science et de la Technologie (2007). *Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins*. Berne : Confédération suisse.

DARES (2011). *Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015*. Genève : DARES.

Domenighetti Gianfranco, Crivelli Luca (2001). *Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter*. Université della svizzera italiana, Université de Lausanne et Institut d'économique et management de la santé.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) (2011). *Planification des soins 2011-2014 selon la loi sur les soins hospitaliers*. Berne : SAP.

Flatz A., Bize R., Randriamiharisoa A., Paccaud F. (2010) *Relève dans les spécialités médicales. Situation dans le Canton de Vaud en 2010 et évolution probables dans les vingt prochaines années*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV-UNIL.

Jaccard Ruedin Hélène, Weaver France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Jaccard-Ruedin Hélène., Roth Maïk (avril 2010). *Garde médicale de premier recours dans le Canton de Vaud. OBSAN , sur mandat SSP-SVM*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Künzi Kilian (2006). *Grundversorgungsmmedizin in der Schweiz. Stand der Diskussionen zur Frage der „Grundversorger/innen/ Hausärzt/innen“ und ihrer zahlenmässigen Entwicklung*. Bern : Büro für Arbeit- und sozialpolitische Studien (BAS) (Bericht 15).

OCDE (2006). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*. Paris : OCDE.

OFAS (2001). *Analyse des effets de la LAMal, rapport de synthèse*. Revue Aspect de la sécurité sociale, OFAS : Berne.

OFAS (2005). Application de l'article 55a LAMal. Commentaire de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

OFS (2011). *Coût et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente*. Neuchâtel : OFS.

OFSP (2010). *Statistique de l'assurance-maladie. Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008*. Berne : OFSP.

OFSP (2011). *Statistique de l'assurance-maladie. Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2009*. Berne : OFSP.

Ruefli Christian, Monaco Gianna (2004). *Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer (art. 55a KVG)*. Schlussbericht. Berne: BSV/OFAS.

Sager Fritz, Ruefli Christian, Wälti Marina (2010). *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone* (OBSAN Dossier 10). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Seematter-Bagnoud Laurence, Junod Julien, Jaccard Ruedin Hélène, Roth Maik, Foletti Claudia, Santos-Eggiman Brigitte (2008). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoire en Suisse- Projections à l'horizon 2030* (Document de travail 33). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Service cantonal valaisan de la santé publique (SSP) (2009). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire 1999-2008 : Des bases solides pour le XXIe siècle*. Sion : SSP.

Spycher Stefan (2004). *Prévisions et planification dans le domaine ambulatoires. Analyse bibliographique et débats d'experts concernant les prévisions et la planification des effectifs médicaux dans le secteur ambulatoire en Suisse*. (Document de travail 5). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Vuilleumier, Mathieu ; Pellegrini, Sonia ; Jeanrenaud, Claude (2007). *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel : OFS.

Communiqués de presse

Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé, Communiqué de presse du 31 juillet 2007. Limitation de l'admission : concept pour une réglementation subséquente.

Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé, Communiqué de presse du 15 février 2008. Article constitutionnel « Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie » : la CDS dit clairement non.

DSAS (2011). *Convention de partenariat entre le DSAS et la SVM*. Conférence de presse DSAS-SVM du 20 juin 2011.

Sites internet

Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique. Récupéré de : <http://www.asmac.ch/>

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Récupéré de : <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1&L=1>

Fédération des médecins suisses. Récupéré de : <http://www.fmh.ch/fr/index.html>

Santésuisse. Récupéré de : <http://www.santesuisse.ch>

Société médicale de Genève. Récupéré de : <http://www.smge.ch/>

Société vaudoise de médecine. Récupéré de : <http://www.svmed.ch/accueil/index.php>

Société médicale du Valais. Récupéré de : <http://www.medival.ch/>

Société des médecins du canton de Berne. Récupéré de : <http://www.bekag.ch>

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 4.1 : Offre de médecins par catégorie de spécialité : densité et Activité Plein Temps (ATP).....	209
Tableau 4.2 : Conditions pour les admissions exceptionnelles.....	226
Tableau 4.3 : Répartition des compétences de mise en œuvre par canton	228
Tableau 4.4 : Consultations des acteurs externes dans les prises de décision, par canton.....	230
Tableau 4.5 : Taux de médecins pour 100'000 habitants (annexe 2 OFSP, 2002)	235
Tableau 4.6 : Exemple de régulation, le canton de Vaud, juin 2010-juin 2011.....	236
Tableau 4.7 : Possibilités réelles de pilotage par canton	238

Figures

Figure 4.1 : Densité de médecins (spécialistes et généralistes) par canton en 2009.....	208
Figure 4.2 : Densité de médecins en pratique privée (généralistes et spécialistes) et prestations payées par canton en 2009	209
Figure 4.3 : Schéma du modèle « Stock and flow » (Seematter-Bagnoud et al., 2008).....	215

Annexe 1

Description du registre des codes créanciers et du pool de données de santésuisse

Registre des codes créanciers (RCC) de santésuisse : Base de données utilisée par les fournisseurs de prestations et les assureurs pour établir le décompte des prestations. Chaque médecin admis à pratiquer à charge de l'AOS est identifié par son code créancier (CC), son dernier titre post-gradué fédéral et son lieu d'activité. Les banques de données FMH et le pool de données santé suisse sont reliés par le code créancier qui leur est commun. Le nombre de CC ne représente pas une donnée fiable pour évaluer le taux de fournisseurs car un médecin remettant son cabinet peut conserver son code, plusieurs praticiens peuvent exercer sous le même code (cabinet de groupe), ou des prestations peuvent être enregistrées sur plusieurs CC.

Pool de données santésuisse : est une base statistique regroupant des données concernant l'AOS fournissant diverses informations sur le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations aussi bien que sur l'évolution des coûts et des primes. Elle est nourrie, sur la base du volontariat, par les assureurs. Les informations concernant les factures traitées par d'autres assurances ou payées par les ménages ne sont pas considérées. L'OBSAN se base sur trois types de variables : le numéro de CC, le nombre de patients traités, le nombre de consultations au cabinet ou au domicile.

Annexe 2

Modification de la LAMal art 55aLAMal. Limitation des admissions		
	Commentaire	Teneur
06.11.1991	Message du CF relatif à la révision de l'assurance-maladie. Proposition d'introduire, comme mesure extraordinaire pour endiguer les coûts, la possibilité pour le CF d'assortir de conditions supplémentaires l'admission des fournisseurs de prestations à exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie sociale en particulier de la faire dépendre de la preuve de l'existence d'un besoin. Finalement, l'article n'est pas accepté par le Parlement.	
24.03.2000	Adoption dans le cadre de la 1ère révision de l'art 55a qui donne la compétence au CF, pour une durée limitée à 3 ans, de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire au sens des art. 36 à 38 LAMal.	Al.1 : Conseil fédéral peut pour 3 ans faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'AOS. Al.2. : les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être consultés au préalable. Al.3 : Les cantons désignent les fournisseurs de prestations conformément à l'al. 1
8.10.2004	Chambres fédérales redonnent la compétence au CF concernant l'utilisation de la clause du besoin, pour une durée de 3 ans	
13.06.2008	Chambres fédérales redonnent la compétence au CF concernant l'utilisation de la clause du besoin jusqu'au 31 décembre 2009	
12.06.2009	Chambres fédérales redonnent compétence au CF concernant l'utilisation de la clause du besoin jusqu'au 31 décembre 2011	Limitation appliquée aux fournisseurs de prestations exerçant une activité dépendante ou indépendante à pratiquer à charge de l'AOS, de même que pour Institutions et Domaine ambulatoire des hôpitaux. Exclusion de la limitation personne au bénéfice d'un des titres suivants: médecine générale, médecin praticien (si pas autre titre postgrade), médecine interne (si pas autre titre postgrade), pédiatrie.
Modification de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire		
	Commentaire	Teneur
04.07.2002 (RO 2002 2549)	CF édicte ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS (RS 832.103)	Art 1: Le nombre de fournisseurs est limité dans chaque canton et pour chaque catégorie de fournisseurs selon l'annexe 1 Art.2 al.1 : Les cantons peuvent prévoir a) que le nombre limite de vaut pas pour une ou plusieurs catégories b) qu'aucune admission ne sera délivrée tant que la densité médicale du canton (annexe2) sera supérieure à celle de la région auquel il est rattaché ou supérieure à celle de la Suisse Art.2 al.2: Les cantons tiennent compte de la couverture sanitaire existant dans les cantons voisins et dans la région à laquelle ils sont rattachés selon l'annexe 2 et en Suisse Art.3 : Admissions exceptionnelles: pour chaque catégorie, les cantons peuvent admettre un nombre de fournisseurs de prestations supérieur à celui fixé à l'annexe 1 lorsque la couverture sanitaire est

		insuffisante dans cette catégorie.
		Art. 4 : Obligation de communication (OFAS, et Santésuisse). Art. 5 Dispositions transitoires (fournisseurs ayant déposés une demande avant l'entrée en vigueur de cette ordonnance ne sont pas touchés).
		En vigueur dès le 4 juillet 2002 et jusqu'au 3 juillet 2005
09.12.2002 (RO 2002 4234)	Modifications des annexes 1 et 2	A la demande de certains cantons, adaptation des nombres limites de l'annexe 1. En juillet 2002, les données pour fixer les nombres limites se basent sur "la situation concrète à ce moment-là". Possibilité donnée aux cantons dès l'entrée en vigueur d'adapter ultérieurement le nombre maximum qui avait été fixé (opportunité saisie par Bâle Ville, Berne, Fribourg, Jura, Genève, Neuchâtel, Soleure, Tessin, Vaud et Valais)
25.05.2005 (RO 2005 2353)	Modifications (Entrée en vigueur le 4 juillet 2005 et prolonge l'ordonnance jusqu'au 3 juillet 2008)	Nouvel article 3 a: expiration des admissions 1) admission caduque lorsque le fournisseur de prestations n'en fait pas usage dans un délai de six mois après sa délivrance en pratiquant à charge de l'AOS 2) les cantons peuvent prolonger ce délai de 6 mois 3) pour des justes motifs (maladie, maternité, formation postgraduée) cantons peuvent sur demande prolonger ce délai.
		Art 5 : Dispositions transitoires. Fournisseurs ayant présentés une demande d'autorisation de pratiquer d'après le droit cantonal ne tombent pas sous le coup de l'ordonnance s'ils ont pratiqué à la charge de l'AOS dans les délais de l'art 3a dès l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 25 mai 2005
		Modifications des annexes 1 et 2
26.04.2006 (RO 2006 1727)	Modifications des annexes 1 et 2	
25.06.2008 (RO 2008 3165)	<i>Prorogation jusqu'au 31 décembre 2009</i>	-
14.01.2009 (RO 2009 453)	Modification, nouveaux articles (entrée en vigueur 1er février 2009)	Art 1a : Institutions au sens de l'art 36a LAMal. 1) les cantons peuvent faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission d'institutions dans lesquelles des médecins d'une catégorie de l'annexe 1 sont appelés à exercer 2) besoin est avéré si médecins remplissent les conditions des art 2 ou 3) le canton fixe le nombre de médecins exerçant dans une institutions admise et leur catégorie 4) si le nombre de médecins est inférieure à celui établi dans l'admission, l'institution en avise le canton
		Art 5 al.3 : Institutions n'ont pas besoin d'admission pour les médecins engagés avant l'introduction de la modification. Elles doivent annoncer dans les 60 jours après le 14 janvier 2009, les noms des médecins et leur catégorie. Toute augmentation du nombre nécessite une admission.
25 mars 2009 et 13 mai 2009	<i>Initiative parlementaire. Gel des admissions. Solution transitoire. Rapport de la CSSS-CN (25.03.09). Initiative parlementaire. Gel des admissions. Avis du Conseil fédéral (13.05.09)</i>	<i>Suite à une initiative parlementaire (09.400) propositions de modifications: maintenir le gel des admissions mais en exclure les médecins de 1er recours. Le parlement réduit le champ d'application aux médecins spécialistes et aux pharmaciens, mais étend ce champ aux médecins exerçant dans des institutions au sens de l'art 36a LAMal et dans le secteur ambulatoire des hôpitaux au sens de l'art. 39 LAMal. Les personnes possédant l'un des titres postgrade suivants sont exclues du champ d'application : médecine générale, médecin praticien (si pas au bénéfice d'un titre postgrade), médecine interne (si pas au bénéfice d'un titre postgrade) et pédiatrie (nouveau libellé de l'art. 55a, al.1, let a à d, LAMal)</i>
21.10.2009 (RO 2009 5339)	Modifications suite à initiative du la CSSS-CN (entrée en vigueur le 1er janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2011)	Modification art1. 1) Nombre de fournisseurs de prestations et de médecins actifs au sein des institutions est limité dans chaque cantons au nombre fixé dans l'annexe 1 2) exclusion de la limitation

		<p>les personnes avec titre postgrade selon art 55a, al.1 a à d LAMAL (médecins de 1er recours)</p>
		<p>Art 1a : Médecins exerçant dans le domaine ambulatoire des hôpitaux sont aussi soumis à la limitation</p>
		<p>Art 4 : Obligation de communication. 1) Transmission à santésuisse les fournisseurs exerçant dans les domaines ambulatoires des hôpitaux 2 et 3) Institutions et hôpitaux communiquent au canton dans un délai d'un mois toute modification du nombre de médecins et leur catégorie.</p>
		<p>Art 5, al.3 et 4 : Médecins exerçant dans le domaine ambulatoire des hôpitaux avant l'introduction de cette modification ne sont pas concernés. 4) Institutions et Hôpitaux besoin doivent annoncer dans les 60 jours après le 14 janvier 2009, les noms des médecins et leur catégorie.</p>

Annexe 3

Entretiens semi-directifs réalisés :

Sandra Schneider : Responsable du secteur prestations - OFSP.

Jacques de Haller : Président de la fédération des médecins suisses (FMH).

Ruth Dreifuss : Ancienne conseillère fédérale en charge du DFI (1993-2002).

Fabrice Dami : Membre du comité de l'association suisse des médecins assistants et chefs de clinique (ASMAC).

Canton de Vaud :

Laurent Monnet : Responsable des autorisations de pratiquer, Service de la santé publique.

Jean-Claude Pavillon : Président de la société vaudoise de médecine (SVM) et Véronique Matthey, adjointe au secrétaire général de la SVM.

Julien Vaucher : Président de l'ASMAC section Vaud (ASMAV).

Canton de Genève :

Georgette Schaller : Médecin cantonal.

Pierre-Alain Schneider : Président de l'association des médecins du canton de Genève (AMG).

Yannick Mercier : Président de l'association des médecins d'institutions de Genève (AMIG) (entretien par écrit).

Canton du Valais :

Yves Martignoni : Chef de la section planification, Service de la santé publique.

Marc-Henri Gauchat : Président de la société médicale du Valais (SMV).

Canton de Berne :

Adrian Jaggi et Vito Grimaudo : Chef de service et Collaborateur scientifique, service du médecin cantonal.

Canton de Fribourg :

Robert Gmür : Conseiller juridique, service de la santé publique.

Canton de Neuchâtel :

Christophe Guye et Claude-François Robert : Chef de service et médecin cantonal, service de la santé publique.

Canton du Jura :

Jean-Luc Baierlé : Médecin cantonal, service de la santé publique.

Canton du Tessin :

Stefano Radczuweit : Chef de l'office de la santé.

Annexe 4

Fournisseurs soumis à la limitation et conditions pour admissions exceptionnelles par canton

	Berne	Fribourg	Tessin	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura
Admission ordinaire (exceptions générales fournisseurs non soumis à la limitation)	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010)	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010)	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010)	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010), les médecins assistants et chefs de clinique	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010)	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010), les médecins assistants et chefs de clinique	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010).	Tous les fournisseurs désignés par l'OLAF sauf les médecins (sauf les médecins de 1 ^{er} recours dès 2010)
Fournisseurs soumis à la limitation	Uniquement les médecins et les institutions ambulatoires	Uniquement les médecins et les institutions ambulatoires	Uniquement les médecins, les institutions ambulatoires et les divisions ambulatoires des hôpitaux	Uniquement les médecins, les institutions ambulatoires et les divisions ambulatoires des hôpitaux	Uniquement les médecins et les institutions ambulatoires	Uniquement les médecins en pratique privée, les institutions ambulatoires et les divisions ambulatoires des hôpitaux	Uniquement les médecins en pratique privée, les institutions ambulatoires et les divisions ambulatoires des hôpitaux	Uniquement les médecins
Conditions pour admissions ordinaires	<ul style="list-style-type: none"> Admissions jusqu'à hauteur des chiffres de l'annexe 1 OLAF dans l'ordre de priorité suivant : <ol style="list-style-type: none"> reprise d'un cabinet au sein d'un hôpital activité privée au sein d'un hôpital autres Traitement des demandes dans l'ordre d'arrivée du dossier 	Admission d'un médecin indépendant ou dépendant au sein d'une institution si : <ul style="list-style-type: none"> - densité médicale de la catégorie, résultant de l'annexe 2 OLAF est inférieure à l'espace Mittelland - remplacement d'un médecin dans la même catégorie qui cesse son activité - engagement par un hôpital public avec un statut lui permettant d'avoir une activité privée - en cas 	Pour une admission ordinaire, si plus de candidats que de places, évaluation selon des critères (voir plus loin)	Médecins en institutions ou en ambulatoire de l'hôpital exécutant une tâche spécifique de santé publique (dans ce cas le mandat fait l'objet d'une convention)	Remplacement d'un médecin Engagement par un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux avec activité privée en cabinet		Si les chiffres annexe 1 l'OLAF, manifestement insuffisants	

		d'engagement dans un hôpital public ou dans une institution, l'admission est limitée à l'activité effective						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

	Berne	Fribourg	Tessin	Vaud	Valais	Neuchâtel	Genève	Jura
Conditions pour admissions exceptionnelles	<ul style="list-style-type: none"> Couverture en soins manifestement insuffisante Autorisation peut être assortie de charges ou de conditions : lieu admis 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture en soins dans une région est insuffisante Autorisation est limitée à la région et/ou à la spécialité en question 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture en soins dans une région est insuffisante Soins particuliers non disponibles en l'absence de spécialistes dans une région Une structure hospitalière stationnaire, figurant sur la liste hospitalière a besoin d'un médecin pour fournir les prestations en tenant compte du mandat de prestations et du nombre de lits pour former suffisamment de médecins dans une catégorie concernée. Si une structure hospitalière ambulatoire nécessite un médecin pour garantir l'activité du service d'urgence médicale. l'admission exceptionnelle est limitée à la région géographique, à la spécialité ou à l'hôpital ou la clinique en question. <p>Reprise d'un cabinet : a) si le précédent</p>	<ul style="list-style-type: none"> Remplacement d'un médecin exerçant soit à titre individuel, soit dans une institution ambulatoire ou dans un hôpital Couverture en soins dans une région ou une spécialité donnée Autorisation est limitée à la région et/ou à la spécialité en question 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture en soins dans une région est insuffisante Soins particuliers non disponibles en l'absence de spécialistes dans une région Autorisation peut être limitée à une région, une spécialité, à l'obligation de participer au service de garde. 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture en soins insuffisante dans une région et/ou dans une spécialité donnée Autorisation est limitée à la région et/ou à la spécialité en question 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture en soins insuffisante Remise de cabinet de gré à gré Gestion de la liste d'attente : Liste d'attente par spécialité est établie. Gestion de manière chronologique. 	<ul style="list-style-type: none"> Remplacement d'un médecin Remplacement d'un médecin-cadre avec activité indépendante à l'hôpital Couverture en soins insuffisante dans une région et/ou dans une spécialité donnée Autorisation est limitée à la région et/ou à la spécialité en question

			titulaire est décédé ou a renoncé expressément à l'autorisation en faveur du nouveau titulaire b) si le précédent médecin peut attester avoir exercé en moyenne cinq jours par semaine la profession durant les douze précédents mois c) le médecin remplaçant doit exercer la même spécialité que le précédent d) le remplacement a fait toutes les démarches pour obtenir l'admission à exercer à charge de l'AOS					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

Chapitre 5

Financement des soins

1. Introduction

En Suisse, la notion de « financement des soins » au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal est appréhendée en regard de l'agent payeur, à savoir l'acteur qui paye les prestations et qui supporte la dépense financière découlant des soins. Au sein du système suisse de santé, le financement des soins dans l'assurance sociale obligatoire AOS intervient par les sources suivantes : assurance-maladie LAMal ; allocation pour impotent de l'AVS et de l'AI ; prestations complémentaires AVS – AI ; contributions propres des patients ; contributions des pouvoirs publics.

L'agent payeur, à savoir celui qui supporte la charge économique, est constitué de trois acteurs :

1. Les assurances maladies et/ou autres assurances sociales qui financent les prestations des soins par le biais des primes et des cotisations payées par les assurés.
2. Les pouvoirs publics, dont le financement s'effectue soit par des subventions aux établissements de santé et aux services des soins à domicile, soit sous la forme de services à la population.
3. Les ménages, lesquels contribuent à la fois par le paiement de cotisations aux caisses-maladie et aux autres assurances (sociales ou privées) et par l'impôt et par des paiements directs pour les prestations qui ne sont pas couvertes par les assurances (OFS, 2011).

Le contenu de la dimension sociale en matière de santé porte la préoccupation d'un accès universel et égal aux soins pour l'ensemble de la population, selon les principes de la LAMal, dont ceux de la qualité et de la maîtrise des coûts.

Relevons, pour la problématique du financement des soins, certaines difficultés d'accès aux données dans un domaine en forte transformation au moment de la réalisation de la recherche. En raison des modifications de la législation fédérale et des processus d'élaboration et de mise en œuvre des législations d'application cantonales, certaines questions restent ouvertes et non résolues. Nonobstant des éléments de détail dans la description des réalités cantonales, cela ne remet pas en cause les conclusions du chapitre.

1.1. Objets d'étude : EMS et Soins à domicile

Les deux acteurs principaux dispensant des soins de longue durée⁶² en Suisse, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal, sont les établissements médico-sociaux EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile. Ils constituent l'objet d'étude de ce chapitre consacré au financement des soins.

Établissements médico-sociaux (EMS)

Le terme établissement médico-social (EMS) a été utilisé pour la première fois par le « Plan Hospitalier vaudois » de 1967. Propre au canton de Vaud, la notion d'EMS a substitué celle « d'asile de vieillards », prenant ainsi ses distances d'avec la priorité donnée jusque-là à l'assistance aux démunis. Par analogie aux hôpitaux, l'EMS s'est médicalisé. Il accueillait, dans les années 1980, des personnes requérant des soins permanents, mais non aigus (Heller, 2004). Au niveau fédéral, la législation sur l'assurance-maladie (art. 39 LAMal) reconnaît les EMS comme fournisseurs de prestations, ce qui implique pour les assureurs maladie la prise en charge des traitements ambulatoires effectués au sein de ces établissements (art. 50 LAMal).

Les EMS allouent plusieurs type de prestations : médico-sociales, hôtelières, soins, animation, accueil temporaire pour courts séjours. Ainsi, leurs missions sont variées : la gériatrie somatique pour des personnes atteintes de troubles physiques liés à l'âge, la psycho-gériatrie pour des personnes souffrant d'affections psychiques allant des états dépressifs jusqu'aux démences, la psychiatrie pour des personnes âgées atteintes de pathologies psychiatriques, les accueils sociaux destinés à des personnes seules, isolées, dont la vie à domicile devient impossible (Fragnière & Girod, 2002).

Le financement de ces prestations se fonde sur une répartition intervenant entre les trois sources que sont l'assureur, le résident et les pouvoirs publics. Les dépenses sont composées des éléments suivants:

- Le prix de pension ou coût hôtelier (chambre, nourriture, blanchisserie, animation, etc.), dont le maximum est fixé par un arrêté du Conseil d'État de chaque canton.
- Le prix des soins, fixé par convention tarifaire avec les assureurs maladie.
- Le prix forfaitaire pour les médicaments et l'assistance pharmaceutique.
- Le prix de l'accompagnement, déterminé sur la base de la dotation en personnel par le département de la santé publique du canton.

Avant l'introduction de la nouvelle législation sur le financement des soins (2011), la répartition des dépenses entre les pouvoirs publics, les résidents et les assureurs intervient comme suit :

- L'assurance-maladie paye les prestations sous forme de forfaits, sur la base de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins (OPAS). Elle assume la participation obligatoire pour le prix des soins, des médicaments, de l'assistance pharmaceutique, des honoraires du médecin, ainsi que les prestations d'autres professionnels de la santé mandatés par un médecin.
- Le résident contribue au coût des prestations socio-hôtelières et supplémentaires à choix (PSAC) qu'il (ou sa famille) a librement choisies, notamment au titre de son confort personnel (chambre à 1 lit, boissons alcoolisées, location d'un téléphone ou d'une TV à usage personnel, etc.).

⁶² Par soins de longue durée, on entend des prestations allouées pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient. (Norton E., 2000).

- Enfin, l'État participe via une subvention à l'établissement au coût des soins non reconnus par l'assurance-maladie et aux charges d'investissements.

La nouvelle législation sur le financement des soins concerne désormais exclusivement le financement des soins à la charge de l'assurance-maladie, même si des répercussions sur le financement d'autres secteurs (AVS, AI, PC) ne sont pas à exclure.

Soins et soutiens à domicile (SSAD)

Les soins et soutiens à domicile résultent de l'évolution des structures familiales et des soins qui caractérisent la société depuis le XIX^e siècle. Le développement du travail féminin hors de la famille et les changements des structures familiales ont exacerbé la nécessité de repenser l'aide aux familles dans la prise en charge des patients, surtout les parents âgés. Dans le même temps, la restructuration des systèmes de santé a conduit à une nouvelle conception de l'hôpital. Ainsi, la création de services de soins à domicile s'est à la fois professionnalisée et développée sur l'ensemble du territoire suisse, plus particulièrement à partir des années 1990. Le but des soins à domicile est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et/ou malades, en dispensant des prestations de soins infirmiers, de soins de base, d'aide au ménage et à la famille, ainsi qu'en assurant la distribution de repas à domicile. Les personnes prises en charge sont celles qui requièrent par ailleurs une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

En Suisse, les services d'aide et de soins à domicile (SSAD) sont coordonnés par l'association suisse d'aide et de soins à domicile SPITEX, chargée des tâches principales suivantes : représentation des intérêts de ses membres et du domaine de l'aide et des soins à domicile au niveau politique, auprès des pouvoirs publics, des assurances sociales, du corps médical et autres institutions, ainsi que des médias, sur les plans suisse et international ; travail de relations publiques en vue de promouvoir l'image, la reconnaissance et le soutien de l'aide et des soins à domicile ; élaboration de lignes directrices, modèles et recommandations pour le développement des services d'aide et des soins à domicile ; collaboration dans l'élaboration de concepts et de normes législatives dans le secteur de la politique socio-sanitaire ; élaboration de prises de position concernant des questions de base touchant la politique socio-sanitaire, etc. (Spitex, 1995). L'association SPITEX est née en 1995 et représente les 26 associations cantonales d'aide et de soins à domicile. A ces associations cantonales sont rattachées environ 570 organisations locales à but non lucratif. En Suisse romande et au Tessin, les associations sont constituées en fondations cantonales ou régionales, tandis qu'en Suisse alémanique, elles sont constituées majoritairement en associations communales ou régionales de droit privé.

Comme pour les EMS, les SSAD ont été reconnus comme prestataires de services par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dès son entrée en vigueur, en janvier 1996. Les assureurs maladie prennent en charge une partie des frais des soins médicaux prescrits. Le SSAD est financé par la contribution des patients, celle des assureurs maladie (selon OPAS) et la subvention des pouvoirs publics. Ces derniers couvrent notamment le déficit restant après le paiement des contributions des patients et des assureurs maladie.

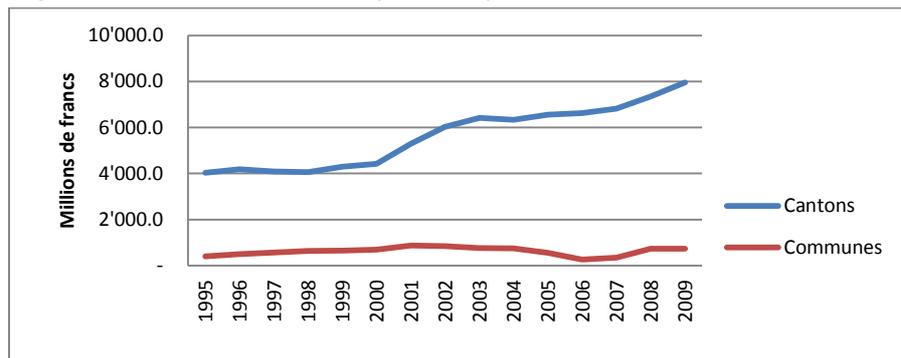
Depuis 2008, avec l'introduction de la réforme de la péréquation financière et de la compensation des charges entre la Confédération et les cantons (RPT), le nouvel article 112c de la Constitution fédérale stipule que « les cantons pourvoient à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. La Confédération soutient les efforts déployés à l'échelle nationale

en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle peut utiliser à cette fin les ressources financières de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ». Avant la réforme, les pouvoirs publics soutenaient financièrement les organisations des soins à domicile en leur accordant des subventions fondées sur l'article 101bis de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants LAVS. Avec l'entrée en vigueur de la RPT, la Confédération subventionne les organisations privées pour leurs activités à l'échelle nationale (conseil et assistance aux personnes âgées, organisation de cours, tâches de coordination et de développement), alors que les activités cantonales et communales (soins infirmiers, soins à domicile, aide au ménage) sont financées par les cantons. La nouvelle teneur de l'article 101bis LAVS et de l'article 112c Cst. exige que les cantons fixent de nouvelles règles de financement pour l'aide et les soins à domicile.

1.2. Evolution des financements

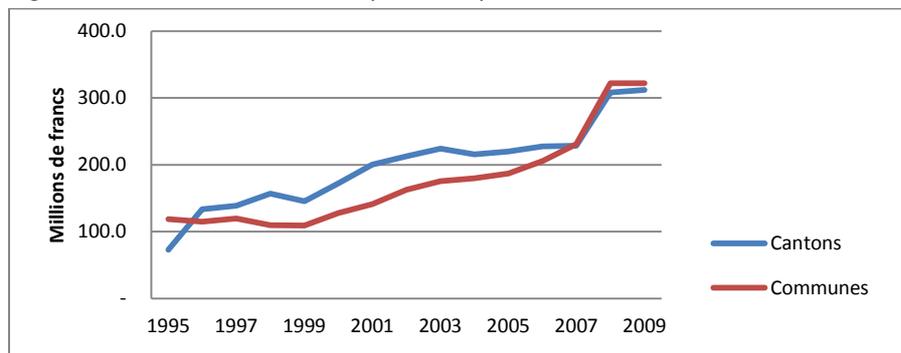
Afin d'appréhender quantitativement la problématique du financement des soins en établissements médicaux sociaux (EMS) et à domicile (SSAD), quelques données statistiques sont présentées. Les représentations graphiques traduisent l'évolution croissante des contributions des pouvoirs publics (cantons et communes) et de l'assurance-maladie aux secteurs des EMS et des SSAD. Du point de vue de la demande, on observe, depuis une quinzaine d'années, une forte augmentation des services et soins alloués tant par les EMS que les SSAD.

Figure 5.1. : Contributions des pouvoirs publics aux établissements⁶³ de santé, Suisse, 1995-2009



Source: OFS, coûts et financement du système de santé, 2010

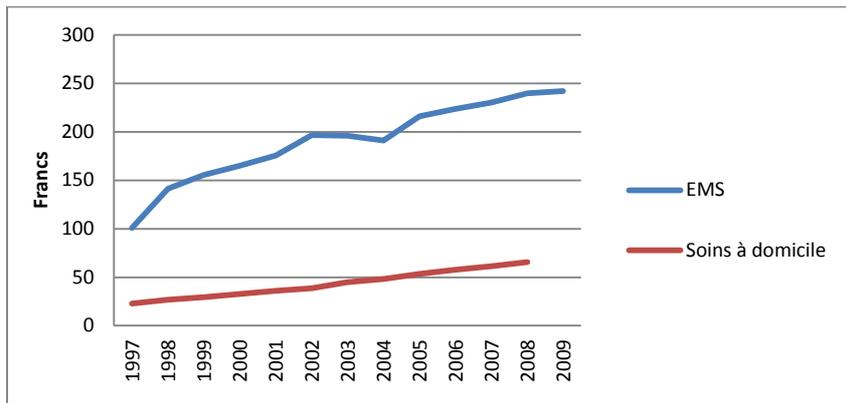
Figure 5.2. : Contributions des pouvoirs publics aux soins à domicile, Suisse, 1995-2009



Source: OFS, coûts et financement du système de santé, 2010

⁶³ Par « établissement de santé » on entend tous les établissements de santé et pas uniquement les EMS. Pour les EMS, les données ne sont pas disponibles.

Figure 5.3. : Coûts des EMS et Soins à domicile à la charge de l'AOS, par assuré, en francs, Suisse, 1997-2009



Sources: santésuisse, statistique des facteurs 2009 et 2005

En raison de l'évolution du vieillissement démographique, la population de 65 ans et plus est la principale bénéficiaire des soins de longue durée et de la hausse concomitante des maladies chroniques, ces éléments étant les principaux facteurs influençant la demande des soins de longue durée, tant pour les EMS que les SSAD. Cela implique des défis importants à relever pour la société suisse si elle entend garantir une accessibilité universelle aux soins et un financement adéquat (Weaver, Ruedin, Pellegrini & Jeanrenaud, 2006). Les autorités publiques doivent dès lors organiser, planifier et financer de nouveaux services pour satisfaire les besoins et contenir les coûts pour les pouvoirs publics, les ménages et les assureurs maladie.

1.3. Les trois phases législatives

Le financement actuel des soins est ancré dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie de 1994 (LAMal), entrée en vigueur en 1996. En ce qui concerne le financement des soins, trois phases caractérisent l'évolution de ce champ spécifique :

1. Entrée en vigueur de la LAMal. Dès le 1er janvier 1996, la LAMal a étendu le catalogue des prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire de soins AOS. Deux nouveaux fournisseurs de services figurent dans la loi, les EMS et les services d'aide et soins à domicile (SSAD). En cas de séjour dans un établissement médico-social, l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire (art. 50 LAMal). Afin de garantir l'économicité et la transparence, les EMS doivent disposer d'instruments de gestion adéquats : une comptabilité analytique et une statistique des prestations permettant de calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissements et de classer leurs prestations en toute transparence. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour apprécier le caractère économique (art. 49 LAMal).
2. Introduction des tarifs-cadre en 1998. Il s'agit d'une mesure transitoire et limitée dans le temps visant à garantir des exigences de transparence. Elle prévoit des tarifs fixes pour les fournisseurs de prestations qui ne disposent pas de bases de calcul des coûts des prestations établies en commun avec les assureurs.
3. Nouvelle législation sur le financement des soins. Entrée en vigueur le 1er janvier 2011, elle introduit des dispositions touchant simultanément l'assurance-maladie, l'assurance vieillesse et survivants et les prestations complémentaires. Le nouveau régime régit la répartition des coûts des soins et leur prise en charge par l'assurance-maladie, les assurés et les cantons, cela avec pour objectif de ne pas générer de charges financières supplémentaires pour l'assurance-maladie.

1.4. Enjeux de cohérence du financement des soins

Définition du problème public

L'évolution croissante des coûts de la santé est provoquée par l'extension du « catalogue » des prestations remboursées par l'assurance-maladie, l'allongement de l'espérance de vie, le recul de la mortalité infantile, les conséquences du vieillissement démographique, les progrès médicaux et les attentes et exigences de la population. Ces différents facteurs ont un impact immédiat sur le financement des soins. Dans ce contexte, le recours aux soins dispensés en EMS et par les services d'aide et de soins à domicile participe de cette évolution. Il renvoie plus précisément à l'augmentation des coûts des soins de longue durée (Weaver, Ruedin, Pellegrini & Jeanrenaud, 2006). La problématique du financement des soins figure ainsi à l'agenda politique. Les autorités publiques sont dès lors contraintes de maîtriser cette évolution, en regard notamment des celle des besoins de la population, par une organisation de l'allocation des ressources et des modes de prise en charge.

Objectif

Comme pour les problématiques traitées dans les chapitres précédents, la maîtrise des coûts, l'économicité, l'efficacité et la qualité des soins sont les objectifs principaux fixés par la LAMal. Sous l'angle de l'allocation des ressources, la LAMal aspire à contenir l'évolution des dépenses de santé, de manière générale, et de celle des soins à charge de l'assurance-maladie. Cela implique une répartition juste et efficace de la contribution des assureurs, des ménages et de l'État (cantons et communes). Il s'agit, au niveau fédéral, de disposer d'un modèle de financement des soins transparent, garantissant un équilibre entre les trois sources de financement, et ce sans compromettre l'universalité d'accès aux soins. Du point de vue cantonal, il convient de mettre en place des instruments de financement en adéquation avec leurs propres réalités et spécificités (état de santé de la population, structure de l'offre de soins, etc.), capables de mesurer rigoureusement et de manière transparente les coûts qui en résultent.

Ressources

Le contenu de l'analyse des deux secteurs que sont les établissements médico-sociaux EMS et les services d'aide et de soins à domicile SSAD, renvoie simultanément aux ressources monétaires et non monétaires. Les ressources non monétaires sont constituées de l'offre de prestations ; les ressources monétaires concernent les coûts supportés tant par les ménages, l'assurance-maladie que les pouvoirs publics. Ainsi, concrètement, lorsque le législateur intervient sur le financement des soins, il redistribue et réajuste le niveau de contribution de chacun des trois agents payeurs. Même si les objectifs des récentes interventions législatives de ces dernières années liées à la LAMal (1994 – 1998 – 2010) ont d'abord pour objectif la maîtrise des coûts, les changements de répartition financière ont un impact déterminant sur la contribution des uns et des autres et la géométrie de la solidarité du système. Les trois phases et étapes législatives qui traduisent cette évolution constituent autant des processus d'allocation et de réallocation des ressources au sens de la recherche.

Éléments et principes opérationnels

Transparence, économicité, efficacité et équité sont au cœur de la loi sur l'assurance-maladie. Comme pour les autres objets d'étude, ces principes constituent l'axe d'analyse de l'allocation des ressources

dans le financement des soins. De plus, il incombe aux autorités publiques d'assurer l'accès universel aux soins et leur qualité. Pour que le système puisse être considéré comme cohérent, ces principes doivent être appliqués et les objectifs qui les sous-tendent atteints.

1.5. Analyse de la cohérence

L'analyse de la cohérence du financement des soins pour les EMS et le SSAD comporte deux phases. D'abord, la comparaison entre les législations fédérale et cantonales. Elle est développée après une analyse de la législation fédérale de référence, puis la vérification de la mise en œuvre effective dans les cantons. Ensuite, la comparaison entre les cantons. Elle vise à identifier les différences cantonales aux niveaux de l'organisation et de la structure de l'offre, des décisions tarifaires appliquées et des outils d'évaluation retenus pour assurer la transparence des coûts et l'économicité.

Cohérence entre les législations fédérale et cantonales

L'application opérationnelle du financement des soins relève de la responsabilité des cantons. Selon la législation fédérale (LAMal), chaque canton doit s'assurer que les EMS et les services des SSAD mettent en œuvre une comptabilité analytique pour assurer la transparence des tarifs et des coûts. Chaque canton doit donc élaborer sa propre législation.

En terme de cohérence, les étapes législatives évoquées ci-avant (LAMal de 1996, Tarifs-cadre en 1998 et nouvelle législation dès 2011) peuvent être lues comme autant de processus d'allocation et de réallocation des ressources visant à répondre aux objectifs arrêtés par le législateur fédéral. Pour la première étape, l'objectif du législateur consiste à réaliser « l'élargissement des prestations payées par l'assurance-maladie » ; pour les deux suivantes, le contexte diffère, le législateur souhaitant introduire des instruments de contrôle d'évolution des coûts de l'assurance-maladie tout en répondant aux exigences des changements sociaux et besoins en soins de la population. L'analyse de la cohérence consiste à apprécier l'unité de matière et de perspective entre la loi fédérale et les lois d'application cantonales.

Cohérence entre les cantons

L'analyse de la cohérence entre les systèmes cantonaux de financement des soins exprime les différences, mais aussi l'unité des pratiques cantonales en ce qui concerne l'organisation de l'offre, les décisions tarifaires appliquées et les instruments d'évaluation retenus pour apprécier la transparence des coûts et l'économicité. En principe, le financement des soins, pour les EMS et les SSAD, repose sur une base commune à tous les cantons. Il est assuré par des contributions provenant de trois sources : les usagers ; les caisses-maladie, selon des conventions entre SantéSuisse et les EMS (pour le secteur EMS) ou les services des soins à domicile (pour les SSAD) ; les pouvoirs publics, par les subventions cantonales et/ou communales.

2. Législations fédérale et cantonales

2.1. La législation fédérale

LAMal : première étape législative

Les dispositions législatives régissant le financement des soins en établissement médico-social et à domicile sont différentes. La loi sur l'assurance-maladie LAMal constitue la législation de référence, de laquelle découlent les autres règles et ordonnances. La LAMal, entrée en vigueur le 1er janvier 1996, reconnaît les EMS et les services de soins dispensés à domicile comme des fournisseurs et les met presque sur un même pied d'égalité que les hôpitaux. En effet, l'article 25 LAMal prévoit que « l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles » et souligne que « les prestations comprennent : les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ». Les ordonnances d'application clarifient l'article 25. L'article 35 LAMal mentionne encore les EMS et les services de soins à domicile comme des prestataires admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire.

Les EMS sont admis comme prestataires de services de santé s'ils répondent à certains critères (art. 39, al. 1-2 LAMal), à savoir s'ils garantissent une assistance médicale suffisante ; disposent du personnel qualifié nécessaire ; disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ; correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ; figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

L'ordonnance OAMal (art. 51) précise que sont reconnues comme organisations des soins à domicile les organisations qui : « sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité ; ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux soins et aux patients auxquels elles fournissent leurs prestations ; disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité ; disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité ; participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonnes qualités soient dispensés ». De fait, les cantons jouent un rôle prédominant pour l'organisation des services (EMS et SSAD), tant pour leur maintien et leur développement que leur financement.

Comme dans le cas d'un traitement ambulatoire, lors d'un séjour en EMS ou de soins à domicile, l'assurance-maladie sociale prend en charge les prestations qui relèvent strictement du catalogue de prestations définis par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS). La taxe d'hébergement et les repas en EMS ne sont pas remboursés. Pour les EMS et les SSAD, la LAMal prévoit la signature de conventions fixant une rémunération forfaitaire entre l'assureur et le prestataire des soins (art. 50 LAMal). Les prestataires des soins, EMS et SSAD, « doivent disposer d'instruments de gestion adéquats ; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons

entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces » et « en collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre hôpitaux – qu'il publie par la suite – en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux » (Art. 49, al 7-8 LAMal).

Le catalogue des prestations en matière de soins extra-hospitaliers est défini de manière exhaustive dans l'ordonnance d'application (OPAS). L'article 7 OPAS stipule que « l'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'art. 7, al. 2, et l'art. 8a OPAS sur prescription médicale ou sur mandat médical par les infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal) ; les organisations des soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal) et les établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, LAMal) ». Les prestations prises en charge comprennent : l'évaluation des besoins et les conseils au patient ; les examens et les traitements. En outre, l'article souligne que les frais généraux d'infrastructure et d'exploitation des fournisseurs de prestations ne sont pas pris en compte dans le coût des prestations (art. 7, al. 3 OAMal).

Tarifs-cadre 1998 : deuxième étape législative

La hausse des coûts à la charge des assureurs-maladie et l'évolution de la situation financière du système de santé ont amené les autorités à envisager des instruments visant à contrôler de manière plus rigoureuse l'évolution du coût des soins. En 1998, des tarifs-cadre ont été introduits au niveau de l'ordonnance. Ils d'adressent simultanément aux EMS et aux organisations de SSAD. De fait, l'article 59a OAMal introduit la possibilité pour le département concerné de fixer des tarifs-cadre, afin de garantir le respect des principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations (art. 32 LAMal).

La détermination du montant des différents tarifs relève de l'article 9a OPAS pour le secteur des SSAD. Il prévoit que « si les fournisseurs de prestations, ne disposent pas de bases de calcul des coûts des prestations établies en commun avec les assureurs, les tarifs-cadre par heure suivants ne peuvent être dépassés (art. 7, al. 2, let. a-c OPAS) :

- pour les soins de base dans des situations simples et stables : 30 à 48,50 francs ;
- pour les soins de base dans des situations complexes et instables, ainsi que pour les examens et les traitements : 45 à 70 francs ;
- pour l'évaluation des besoins et les conseils aux patients : 50 à 75 francs. »

Pour les EMS, « si les fournisseurs de prestations ne disposent pas d'une comptabilité analytique uniforme selon les dispositions de la LAMal (art. 49, al. 6, et art. 50), les tarifs-cadre par jour suivants ne peuvent être dépassés (art.7, al.2 OPAS) :

- pour le premier niveau des soins requis : 10 à 20,50 francs ;
- pour le deuxième niveau des soins requis : 15 à 41,50 francs ;
- pour le troisième niveau des soins requis : 30 à 67,00 francs ;
- pour le quatrième niveau des soins requis : 40 à 82,50 francs. »

Les tarifs-cadre ont été conçus comme des mesures limitées dans le temps et pour être appliqués jusqu'à ce que les fournisseurs de prestations aient introduit dans le secteur des soins les instruments de transparence requis.

Autres interventions législatives

Etablissements médico-sociaux. Le 1er janvier 2003 entre en vigueur l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP). Cet instrument sert de base pour le calcul des coûts et le classement des prestations des traitements hospitaliers, semi-hospitaliers, ambulatoires et de longue durée à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 2 OCP). L'OCP prévoit, pour les années 2005 et 2006, que les fournisseurs de prestations qui remplissent les exigences de transparence et qui justifient leurs coûts à l'appui d'une comptabilité analytique et d'une statistique des prestations correcte et complète peuvent facturer les coûts en dérogeant aux tarifs-cadre fixés dans l'ordonnance. Selon ces tarifs-cadre, le remboursement des prestations des soins en institution s'effectue par jour et ces prestations sont subdivisées en quatre niveaux de soins qui vont d'une dépendance faible à une dépendance lourde (art. 9a, al. 2 OPAS).

Aides et soins à domicile. Pour le secteur des soins à domicile, un « Manuel Finances » a été publié en 2002. Il constitue un instrument de négociation des tarifs sur la base du prix coûtant. Les prestations d'aide et des soins à domicile sont remboursées selon des tarifs-cadre horaire (art. 9a, al. 1, OPAS). Avec la réforme de la péréquation financière et des tâches (RPT), introduite en 2008, les cantons sont désormais seuls compétents pour l'organisation des services d'aide et soins à domicile. La Confédération n'octroie plus de subventions aux organisations locales chargées de dispenser ces prestations.

Nouveau financement des soins : troisième étape législative

Toujours préoccupé par la nécessité de juguler la hausse des coûts de la santé, le Conseil fédéral publie en 2004 son message relatif au nouveau régime de financement des soins. Le Parlement adopte cette législation en juin 2008. Le nouveau régime de financement des soins concerne simultanément les lois sur l'assurance-maladie, l'assurance-vieillesse et survivants et les prestations complémentaires. Cette réglementation entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Désormais, l'assurance-maladie rembourse les prestations médicales liées à la maladie, qu'elles soient dispensées sous forme ambulatoire (notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit) ou dans les EMS (art. 25a, al.1 LAMal). Cette approche se base sur la distinction entre «soins de base» et «soins de traitement» et sur le principe selon lequel les tarifs et les prix de l'assurance-maladie couvrent l'intégralité de la prestation. Le Conseil fédéral fixe la procédure d'évaluation des soins requis (art. 25a, al.3 LAMal), ainsi que le montant des contributions en francs en fonction du besoin. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité (art. 25a, al.4 LAMal). La loi inclut une nouvelle définition des soins aigus et de transition, qui sont remboursés selon les règles du financement hospitalier (art. 49a LAMal) par l'assurance-maladie (au maximum 45 %) et par le canton de domicile (au minimum 55 %) pendant au plus deux semaines. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent pour cela de forfaits (art. 25a, al.2 LAMal). Pour les autres soins, les assureurs maladie paient une contribution échelonnée en fonction des soins requis, le reste étant supporté par les cantons et les assurés (jusqu'à concurrence d'un taux maximum de 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral) (art. 25a, al.5 LAMal). L'article 50 LAMal sur la prise en charge des coûts dans les établissements médico-sociaux prévoit, en cas d'un tel séjour, que l'assureur prenne en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'article 25a LAMal. De plus, le droit aux allocations pour impotents et aux prestations complémentaires est élargi.

En ce qui concerne les prestations complémentaires, la nouvelle loi reconnaît, pour les personnes qui vivent dans un home ou dans un hôpital, les dépenses relativement à une taxe journalière. Les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en fonction du séjour dans un home ou dans un hôpital. De plus, ils doivent veiller à ce que le séjour dans un établissement médico-social ne conduise pas les personnes concernées à une dépendance de l'aide sociale (art. 10, al. 2, let. a LPC). Sont en outre prévues les bases de calculs du revenu déterminant (art. 11, al. 1 et 1bis LPC). Et puis, des dispositions transitoires ancrent dans la loi le principe de la neutralité des coûts. Ainsi, « Le montant des contributions aux soins selon l'art. 25a, dispensés sur base d'une prescription médicale est fixé au départ de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des rémunérations pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social dans l'année précédant l'entrée en vigueur de la présente modification. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur de la présente modification, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes. Les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la présente modification seront alignés dans un délai de trois ans sur les contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. Les gouvernements cantonaux règlent l'adaptation ».

L'ordonnance OPAS intègre ces changements, notamment pour les éléments suivants :

- La nouvelle définition des soins de base et des soins de traitement (art. 7 OPAS).
- La définition de la contribution aux frais des soins de base (art. 26 et 27 OPAS).
- La révision des procédures d'évaluation des soins requis et de contrôle pour maîtriser l'évolution du volume des prestations en matière de soins (art. 8 OPAS).

2.2. Les législations cantonales

L'analyse des législations cantonales vise à mettre en évidence la manière dont les principes et les objectifs du financement des soins sont appliqués par les cantons et quels sont les acteurs publics impliqués. En terme de cohérence entre la législation fédérale et les pratiques cantonales, il s'agit d'analyser comment les cantons se positionnent en regard des divers changements opérés par les trois étapes législatives présentées ci-avant. Dans un premier temps est présenté un état des lieux des législations cantonales. Un second traite des différents modèles de financement des soins appliqués dans les cantons.

L'analyse est effectuée en regard des critères suivants : la spécificité de la loi (il s'agit de vérifier si la loi concerne seulement le secteur sous étude ou pas) ; les objectifs et principes qui y sont énoncés ; les autorités impliquées dans la mise en œuvre ; le contenu et la clarté du chapitre financement (il s'agit de vérifier si la répartition du financement entre pouvoirs publics, assurance-maladie et patients est claire); les acteurs chargés de la surveillance.

Etablissements médico-sociaux

Le tableau ci-après récapitule les différentes législations cantonales et autres références normatives (directives, ordonnances et règlements) relatives au financement des soins dispensés en établissement médico-social.

Tableau 5.1 : Législations cantonales relatives aux EMS

TI	Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane (Legge anziani, Lanz)
VD	Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)
VS	La loi cantonale sur la santé Directive fixant les modalités de la participation financière aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées
BE	Loi sur l'aide sociale Loi portant l'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires Loi sur la santé publique
JU	Loi sur l'organisation gérontologique
FR	Loi sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (LEMS)
NE	Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA)
GE	Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPa)

La moitié des cantons étudiés (TI, FR, NE, GE) ont édicté une loi régissant le secteur des EMS. De telles législations spécifiques amènent en principe une certaine clarté quant à la manière dont les EMS sont financés. Pour d'autres cantons (VD, JU, VS), cette question particulière est intégrée à d'autres législations. Par exemple, dans le canton de Vaud, deux lois édictent des règles pour les EMS en intégrant différentes problématiques. Il n'est ainsi guère aisé d'identifier clairement la structure du financement des EMS. La situation est différente pour le canton du Jura. La Loi sur l'organisation gérontologique règle les dispositions relatives aux services alloués aux personnes âgées du canton. Concernant les EMS, on y définit l'organisation du système, le rôle du gouvernement, responsable du financement, et du Département, responsable de la surveillance. Le chapitre consacré au financement des prestations intègre tous les services de santé pour les personnes âgées. La loi ne suffit donc pas à cerner la problématique. D'autres références clarifient donc cette question. Pour le Valais, la structure législative diffère également. Si la législation y est aussi fragmentée et précisée par des directives ad hoc, un projet de loi sur les soins de longue durée a été élaboré et est actuellement en phase référendaire (référendum abouti).

Ces pratiques cantonales illustrent la pluralité de l'organisation normative qui caractérise ce domaine particulier. Le financement des soins renvoie tantôt à des lois, générales ou spécifiques, tantôt à des ordonnances, règlements ou directives. Néanmoins, toutes les lois visent une organisation efficiente du système d'offre et de financement des EMS, afin que la population âgée puisse bénéficier de services de santé de qualité (selon les critères édictés dans les lois) et accessibles à tous. Dans tous les cantons, le Gouvernement joue un rôle majeur : il approuve les plans tarifaires et définit les règles de subventionnement des établissements. Sous l'angle de la surveillance, les Départements de santé ont cette compétence.

Services d'aide et de soins à domicile

Le tableau ci-après récapitule les différentes législations cantonales et autres références normatives (directives, ordonnances et règlements) relatives au financement des soins dispensés par les services d'aide et de soins à domicile.

Tableau 5.2 : Législations cantonales relatives aux soins à domicile

TI	Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD)
VD	Loi sur l'Association vaudoise d'aide et des soins à domicile Directive concernant la réduction du coût des prestations d'aide à domicile octroyées par l'AVASAD Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)
VS	La loi cantonale sur la santé Les Directives du DSSE concernant l'organisation des Centres médico-sociaux Les Directives du DSSE concernant les conditions à remplir par les institutions d'aide et des soins à domicile en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 1er mars 2000 Avant-projet de loi sur les soins de longue durée
BE	Loi du 16 septembre 1992 sur les subventions cantonales Loi sur la santé publique Loi sur l'aide sociale
JU	Loi sur l'organisation gérontologique
FR	Loi sur l'aide et les soins à domicile (LASD)
NE	Loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile)
GE	Loi sur le réseau des soins et le maintien à domicile

Comme pour les EMS, la structure législative régissant les aides et soins à domicile est plurielle. Dans cinq cantons (TI, FR, NE, GE, VD,) il existe une législation spécifique. Dans le canton du Jura, la loi sur l'organisation gérontologique, intègre logiquement les aides et soins à domicile. Pour le Valais la situation est identique à celle décrite pour les EMS. Sur le fond, toutes les législations ont pour objectif une organisation efficiente des services qui coordonnent et allouent l'offre de soins à domicile et la clarification de leur financement.

La teneur et la structure des normes de référence consacrées aux établissements médico-sociaux et aux aides et soins à domicile expriment une grande diversité, ce qui ne facilite pas leur lecture. Cela ne signifie pourtant pas que cette approche fédéraliste puisse être considérée comme posant problème du point de vue de la cohérence. En effet, d'une manière ou d'une autre, les cantons sont contraints de légiférer sur l'application de la loi fédérale. L'histoire et l'organisation sanitaires cantonales expliquent ces situations particulières. Par contre, du point de vue de la lisibilité et de la simplification de l'agencement législatif, on pourrait ambitionner que les cantons harmonisent pour le moins structurellement leurs législations et s'accordent par exemple sur des dénominations communes pour caractériser ces secteurs d'intervention. A l'exemple des différences terminologiques, cette hétérogénéité conceptuelle et structurelle est susceptible d'induire de nombreuses confusions.

3. L'offre de soins de longue durée

L'analyse de l'offre et de son évolution est un des thèmes centraux en matière de cohérence de l'allocation des ressources. La comparaison entre les cantons met en évidence des différences qui reflètent les orientations politiques générales, mais aussi la pluralité des définitions retenues tant pour les établissements que les soins. L'analyse de l'offre repose sur les statistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il s'agit notamment de décrire l'évolution de l'offre pour les deux secteurs EMS et SSAD en regard de la population résidente âgée de 65 ans et plus. L'analyse comparative intercantonale permettra de déterminer d'éventuelles incohérences d'application de la législation fédérale LAMal.

3.1. Établissements médico-sociaux

Statistique des EMS: définitions

Pour le secteur des établissements médico-sociaux EMS, les données suivantes sont présentées :

1. Évolution du nombre de places par rapport à la population âgée de 65 ans et plus.
2. Évolution des EMS privés et subventionnés par rapport à l'importance de la subvention cantonale.
3. Taux de personnel EPT (équivalent plein temps) par rapport au nombre de places disponibles.

Afin de saisir au mieux la terminologie utilisée dans la statistique de l'OFS, des clarifications initiales sont nécessaires. A partir de 2006, un nouveau questionnaire a été introduit pour la collecte des données. Ceci implique qu'à partir de ce moment, l'utilisation d'une terminologie différente intervient. La nouvelle typologie de classification des établissements qui en résulte provoque une difficulté de comparaison des données avec celles des années antérieures.

Jusqu'en 2006

Au sein des établissements non-hospitaliers, la catégorie « établissement pour personnes âgées et/ou malades chroniques » est divisée en deux sous-catégories : homes pour personnes âgées nécessitant des soins et/ou malades chroniques et homes pour personnes âgées. Les EMS sont difficiles à répartir de manière catégorique dans l'une ou l'autre de ces deux sous-catégories. En effet, peu de définitions claires sont disponibles. Pour la recherche, il a été décidé d'inclure les EMS et les homes médicalisés au sein de la catégorie des homes pour personnes âgées nécessitant des soins. Pour cette raison, les données antérieures à 2006 ne sont pas comparables avec celles d'après 2006.

Après 2006

Dans la nouvelle statistique, la place des EMS est plus précise. Même si dans les publications on retrouve deux catégories, à savoir « maisons pour personnes âgées » et « maisons médicalisées », des annexes clarifient cette différence. Ainsi, les maisons pour personnes âgées « s'occupent de personnes âgées nécessitant une surveillance ou une assistance, voire des soins. Ces institutions ne sont pas admises à fournir et à facturer des prestations LAMal » (OFS, 2011). Cependant, elles offrent plus ou moins toutes des soins ambulatoires pour les urgences au sein de leurs structures. Les maisons médicalisées dont font partie les EMS qui « soignent des personnes âgées nécessitant des soins et/ou des malades chroniques. Ces institutions sont admises à fournir des prestations LAMal à des patients, et ce pour une longue durée. Ce groupe ne comprend pas les activités des cliniques gériatriques » (OFS, 2011b).

Parmi les établissements non-hospitaliers, on distingue par ailleurs les établissements publics, privés et privés subventionnés. Les établissements sont publics si leur nature juridique est de droit public, ce qui signifie qu'ils sont subventionnés par les autorités publiques. Les établissements privés ont une nature juridique de droit privé et ne bénéficient pas de subventions pour leurs coûts d'exploitation ni d'une couverture du déficit. Les établissements privés subventionnés ont une nature juridique de droit privé, mais ils bénéficient de subventionnements soit des coûts d'exploitation, soit des investissements et/ou d'une couverture de déficit (OFS, 2011b).

Les différences de terminologie entre les cantons, qui émergent dans les statistiques nationales, expriment la difficulté à cerner le champ et à harmoniser les bases de référence et les instruments de régulation des politiques sanitaires en Suisse. Cette difficulté découle de l'absence d'une définition

harmonisée des EMS ou des homes pour personnes âgées médicalisées ; du manque d'indications pour les cantons précisant dans quelle catégorie statistique ceux-ci doivent inclure les services non-hospitaliers comme les EMS ou les homes médicalisés pour personnes âgées ; de l'absence, dans le questionnaire de référence pour la collecte des données, de la distinction entre soins de long séjour (où seront intégrés les EMS) et soins de court séjour ; de l'absence au niveau national et intercantonal d'une terminologie reconnue. Aujourd'hui encore, dans les huit cantons étudiés, les EMS sont désignés par des noms différents. Pourtant, le système de collecte de données statistiques s'est affiné et comporte désormais une meilleure cohérence. L'adaptation des questionnaires aux typologies d'établissements non-hospitaliers existant dans les réalités cantonales a généré une production statistique plus en phase avec l'offre des services non-hospitaliers. Le terme EMS, qui permet d'identifier un « home pour personnes médicalisées » n'est jamais utilisé dans les tableaux statistiques nationaux. À partir de 2006, on retrouve la distinction entre places de long séjour et de court séjour, avec la précision selon laquelle les EMS offrent des places de long séjour.

Densité de l'offre des EMS

La densité de l'offre dans le secteur EMS s'exprime par le nombre de places disponibles pour les années 2006, 2007, 2008 et 2009 (données comparables), mises en regard de la population de plus de 65 ans (taux). Les bénéficiaires des prestations en EMS appartiennent en général à cette catégorie de population. Le choix des années 2006 à 2009 s'explique par le fait que les données sont comparables. Par place, on entend « une place d'hébergement en service dont les places sont des infrastructures spécialisées d'accueil pendant la journée pour des personnes hébergées ou externes » (OFS, 2008a).

Tableau 5.3 : Places en EMS et taux pour 1000 habitants, par canton, 2006-2009

	2006			2007			2008			2009		
	Places ¹	Pop. 65+ ans ²	Taux places* 1000/h ab. 65+ ans	Place ¹	Pop. 65+ ans ²	Taux places* 1000/ha b. 65+ ans	Places ¹	Pop. 65+ ans ²	Taux places* 1000/hab. 65+ ans	Places ¹	Pop. 65+ ans ²	Taux places* 1000/hab. 65+ ans
TI	3912	62012	63.1	3813	63774	60.6	3947	65485	60.3	3995	67128	59.5
VD	5327	100317	53.1	5504	10234	53.8	5690	104929	54.2	5955	107860	55.2
VS	2487	46386	53.6	2588	47691	54.3	2616	49207	53.2	2688	50819	52.9
BE	13981	170670	81.9	14183	173574	80.7	14294	177049	80.7	14609	180801	80.8
JU	754	11814	63.8	752	12000	62.7	741	12213	61.5	752	12461	60.3
FR	2319	33696	68.8	2362	37736	68.0	2369	35929	65.9	2411	37168	64.9
NE	2307	29445	78.3	2247	29873	75.2	2266	30418	74.5	2284	31046	73.6
GE	3225	65012	49.6	3404	66476	51.2	3457	68162	50.7	3462	70012	49.4
CH	84467	1203731	70.2	86109	123005	70.0	87011	1259946	69.1	88653	1291732	68.6

Source : OFS, indicateurs des institutions médico-sociales 2006, 2007, 2008 et 2009

¹ Années 2006/2009 : places de long séjour des homes médicalisées ou EMS

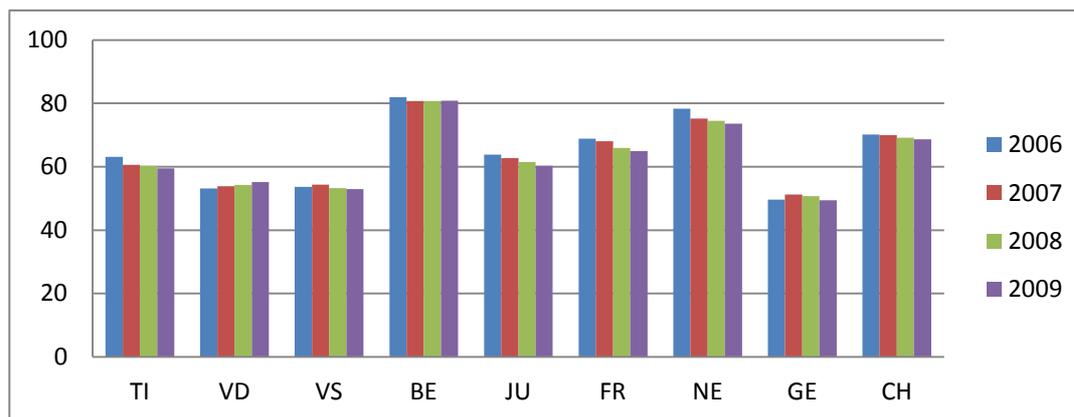
² Population de 65+ : population résidente permanente en milieu d'année

Le tableau ci-dessus représente la distribution de l'offre de places dans les différents cantons, l'évolution temporelle du nombre des places, ainsi que le taux de places pour 1'000 habitants âgés de 65 ans et plus. Par rapport à la population de référence, Berne est le canton avec le plus grand nombre de personnes âgées et de places, suivi des cantons de Vaud, Genève, Tessin, Valais, Fribourg, Neuchâtel et Jura. L'évolution du nombre de places demeure plus ou moins constante durant les quatre années

examinées. Entre 2006 et 2009, de faibles variations sont observées dans tous les cantons. Par rapport à 2006, en 2009, à l'exception du Jura et de Neuchâtel, où l'on constate une diminution du nombre de places, les autres cantons voient celui-ci augmenter. En 2009, Berne et Vaud restent les cantons avec le plus grand nombre de places.

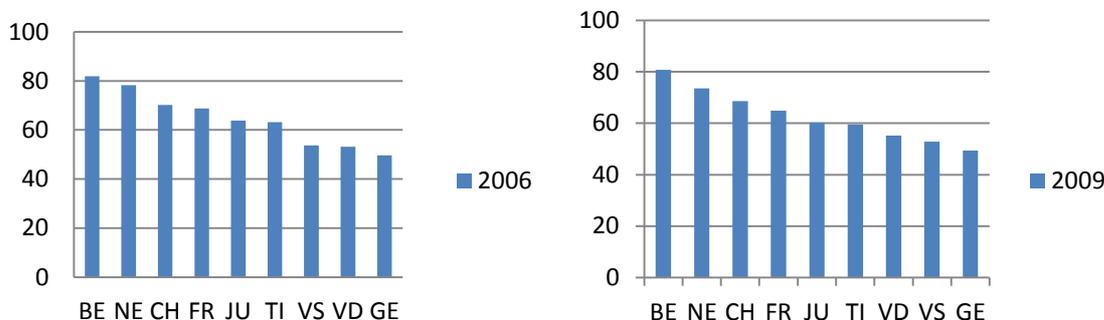
Les figures ci-dessous traduisent l'évolution du taux de places pour 1'000 habitants âgés de 65 ans et plus (places *1000/hab. âgés de 65 ans +) entre 2006 et 2009. Sauf pour le canton de Vaud, où on enregistre une augmentation du taux, la tendance est à la diminution.

Figure 5.4 : Taux de places en EMS, pour 1000 habitants de 65 ans et plus, par canton, 2006 - 2009



Source : OFS, Indicateurs des institutions médico-sociales

Figure 5.5 : Taux de places en EMS, pour 1000 habitants de 65 ans et plus, selon le rang par canton, années 2006 et 2009



Entre 2006 et 2009, le rang des cantons varie peu. Berne et Neuchâtel se positionnent toujours au-dessus de la moyenne suisse. Seuls les cantons de Vaud et du Valais changent de rang. Le canton de Vaud, seul canton enregistrant une augmentation du taux, vient à se positionner avant le Valais où on assiste à une diminution du taux, comme dans tous les autres cantons. Par rapport à la référence du taux moyen suisse, Neuchâtel compte une différence de 5 points et Berne de 12.2 points en 2009. Neuchâtel se positionne après Berne avec une différence de 7.2 places pour 1'000 habitants (2009). Tous les autres cantons se positionnent en-dessous ou très proches du taux suisse, la question d'un sous-dimensionnement des places ou d'un déplacement de la demande vers d'autres services se pose, particulièrement pour les cantons aux taux bien plus faibles que la moyenne suisse, à savoir Genève, Valais et Vaud.

Cette description exprime un lien étroit entre l'évolution historique de l'organisation des systèmes de santé cantonaux et l'allocation de l'offre de places en établissement médico-social. Sans référence « idéale », encore moins de référence politiquement arrêtée par les autorités sanitaires, fédérale ou

cantonales, chaque canton, voire chaque région, développe ce type de prise en charge en fonction de ses aspirations de politique de santé, de ses priorités, de ses moyens. En résulte une situation très disparate, avec des écarts très élevés. En 2006, les valeurs limites sont ainsi de 49,6 places pour 1000 habitants âgés de plus de 65 ans à Genève et de 81,9 places à Berne, soit un écart de 32,3 points. En 2009, les valeurs limites sont de 49,4 places à Genève et 80,8 à Berne pour un écart total de 31,4 points.

La comparaison intercantonale met en évidence une offre diversifiée d'EMS privés et subventionnés entre les différents cantons étudiés. Les conditions socio-économiques, la distribution de la population au sein du territoire, la planification cantonale, les besoins sanitaires estimés, ainsi que l'histoire cantonale expliquent ces différences. Globalement, on observe une évolution croissante du nombre d'EMS subventionnés et décroissante du nombre d'EMS privés. Cela vaut pour tous les cantons sauf Berne, où le nombre d'EMS privés est passé de 147, en 2001, à 187 en 2009.

Tableau 5.4 : Nombre d'EMS privés et subventionnés, par canton, 2001-2006-2009

		TI	VD	VS	BE	JU	FR	NE	GE
2001	Sub.	42	106	32	132	7	34	20	51
	Privés	18	12	8	147	3	15	38	4
2006	Sub.	50	118	32	117	8	38	27	49
	Privés	9	8	10	171	4	9	35	1
2009	Sub.	50	123	42	138	8	44	24	51
	Privés	11	9	-	187	4	3	36	1

Sources : OFS, 2011b et OFS, 2008a.

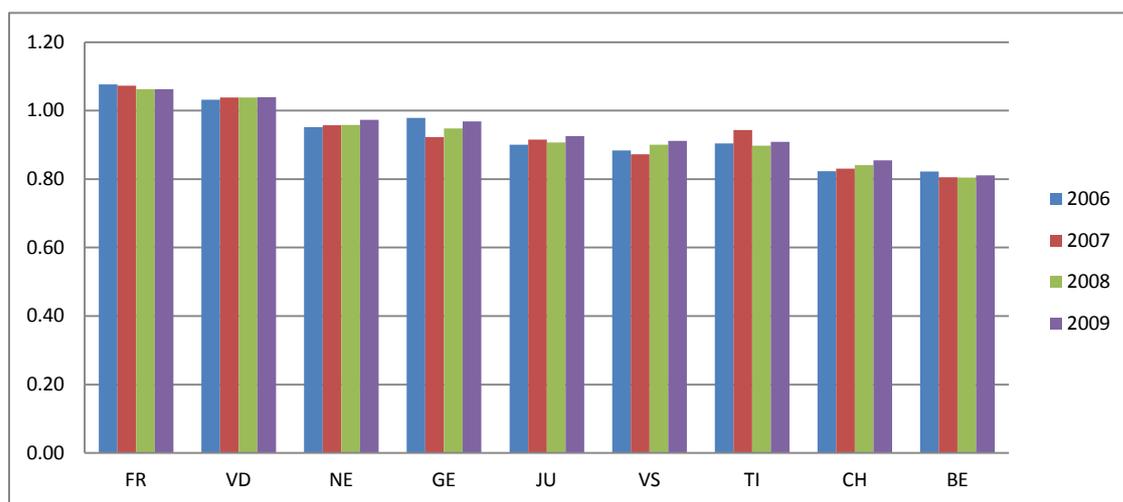
Dans la mesure de l'allocation des ressources affectées au domaine de la santé, un élément important à prendre en considération concerne le nombre d'employés (ici, en équivalent plein temps - EPT), qui y sont actifs et qui assurent la prise en charge des bénéficiaires et donc la dispensation des soins. Les données 2006 à 2009 sont comparables. Le personnel EPT comptabilisé concerne à la fois le personnel des soins et le personnel administratif.

Tableau 5.5 : Postes EPT et taux d'EPT par place en EMS, par canton, 2006 à 2009

	2006			2007			2008			2009		
	Postes EPT	Places	Taux EPT /Place	Postes EPT	Places	Taux EPT /Place	Postes EPT	Places	Taux EPT /Place	Postes EPT	Places	Taux EPT /Place
TI	3536.1	3912	0.90	3598.7	3813	0.94	3542.1	3947	0.90	3632.3	3995	0.91
VD	5496.9	5327	1.03	5715.7	5504	1.04	5907.6	5690	1.04	6189.8	5955	1.04
VS	2197.1	2487	0.88	2257.4	2588	0.87	2356.3	2616	0.90	2450.6	2688	0.91
BE	11497.2	13981	0.82	11423.8	14183	0.81	11496.5	14294	0.80	11851.2	14609	0.81
JU	678.7	754	0.90	688.4	752	0.92	672.2	741	0.91	696.4	752	0.93
FR	2496.6	2319	1.08	2535.3	2362	1.07	2517.4	2369	1.06	2561.6	2411	1.06
NE	2196.2	2307	0.95	2150.7	2247	0.96	2171.2	2266	0.96	2222.9	2284	0.97
GE	3157.2	3225	0.98	3142.1	3404	0.92	3277.8	3457	0.95	3354.3	3462	0.97
CH	69501.9	84467	0.82	71562.4	86109	0.83	73129.1	87011	0.84	75771.8	88653	0.85

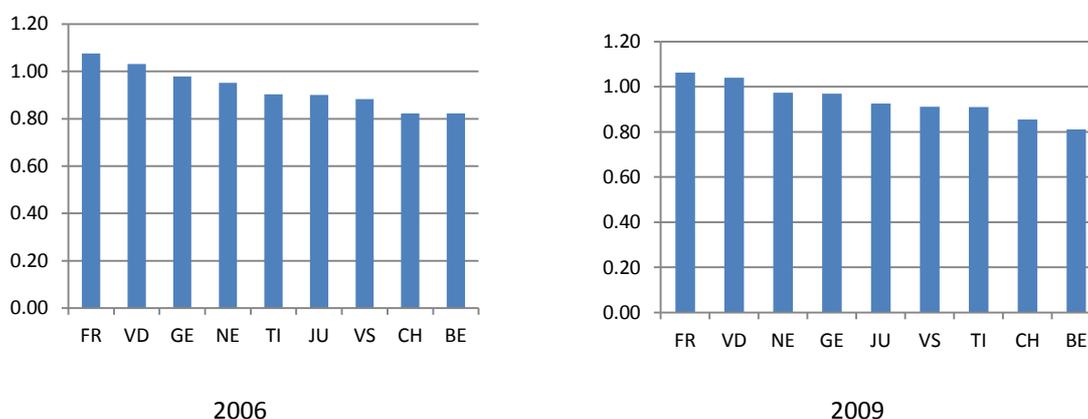
Globalement, de 2006 à 2009, on enregistre une légère augmentation de la densité de personnel (EPT) affecté aux EMS dans tous les cantons. La moyenne suisse par place varie de 0,82 en 2006 à 0,85 en 2006. De manière générale, entre 2006 et 2009 de faibles variations sont observées. Toutefois, relevons que pour les cantons de Genève, Fribourg et Berne, il y a une diminution de la densité de personnel par place. Si l'on prend en considération le taux suisse, seul le canton de Berne se positionne toujours en-dessous de cette référence.

Figure 5.6 : Evolution du taux d'EPT par place, en EMS, par canton, 2006 à 2009



Source : OFS, Statistique des institutions médico-sociales

Figure 5.7 : Taux d'EPT, par place en EMS, par canton, 2006 et 2009



Une fois encore, les disparités sont importantes entre les cantons étudiés. A l'exception de Berne, tous les cantons disposent d'un encadrement en personnel supérieur à la moyenne suisse. Entre les deux années de référence, les rangs varient peu, tout comme les taux eux-mêmes.

3.2. Services d'aide et de soins à domicile

Statistique des soins à domicile : définitions

Depuis les années 1990 et jusqu'en 2008, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et les organisations d'aide et de soins à domicile ont collecté et publié des données statistiques rendant compte de l'activité de ce domaine. A partir de 2008, l'Office fédéral de la statistique reprend cette tâche (OFS, statistique de l'aide et des soins à domicile). Selon la terminologie statistique, le personnel représente l'ensemble des personnes employées et salariées par les organisations d'aide et des soins à domicile, qui reçoivent un salaire (mensuel ou horaire) pour leur activité. Par « clientèle » on entend toute personne qui recourt aux prestations dispensées par les services d'aide et de soins à domicile (SPITEX). La notion d'« heure de travail » correspond au temps de travail pour lequel une facture est émise (OFS, 2010).

L'offre de prestations des organisations SPITEX est très diverse. Mentionnons : les prestations de base, qui correspondent aux prestations à charge de l'assurance-maladie sociale, selon la définition de l'ordonnance OPAS ; les prestations d'aide à domicile ; les services de repas à domicile ; d'autres prestations qui englobent les conseils, les transports, le prêt de mobilier, etc.

La problématique du financement des soins dispensés par les services d'aide et de soins à domicile renvoie aux prestations remboursées par l'assurance-maladie. Comme pour les EMS, nous avons choisi de rapporter quelques données à la population âgée de 65 et plus. En effet, les statistiques indiquent que près des trois quarts des bénéficiaires des SSAD sont des personnes ayant atteint l'âge de la retraite, la moitié des heures de travail était par ailleurs consacrée à des personnes de plus de 80 ans.

Densité de l'offre de services d'aide et des soins à domicile

En 2009, 576 organisations d'aide et de soins à domicile de caractère public sont actives en Suisse. Dans les cantons étudiés, leur nombre varie d'une à Neuchâtel et Genève à 71 pour le canton de Berne. Entre 2001 et 2009, des restructurations ont par ailleurs conduit à un réagencement de ces structures, avec en règle générale une diminution de leur nombre. L'évolution du nombre d'organisations est indépendante de la quantité de prestations allouées dans ce champ d'intervention et du volume de subventionnement accordé. En effet, les subventions ont augmenté dans tous les cantons au cours des années sous revue. Ces baisses du nombre d'organes d'application renvoient simplement à des modifications de type organisationnel, notamment par des fusions (OFS : 2010).

Tableau 5.6 : Nombre d'organisations d'aide et des soins à domicile

	2001	2006	2009
TI	7	7	7
VD	10	8	8
VS	18	18	8
BE	127	116	71
JU	1	2	2
FR	14	12	10
NE	7	1	1
GE	1	1	1
CH	757	677	576

Les disparités de structures d'offre de prestations de soins à domicile, notamment en regard du personnel affecté à cette prestation (EPT pour 1000 habitants de plus de 65 ans), sont grandes entre les cantons. En fonction de l'offre disponible, de manière évidente, la quantité de prestations à charge de l'assurance-maladie varie aussi d'un canton à l'autre. Cela découle de l'organisation sanitaire cantonale. Ces écarts importants, s'ils interpellent, s'inscrivent pleinement dans l'esprit de la législation sanitaire suisse, très fédéraliste.

S'agissant de la demande, le nombre d'heures des soins dont les clients ont bénéficié au cours d'une année constitue un indicateur pertinent pour identifier l'intensité des soins fournis aux personnes vivant à domicile. Aussi bien pour les soins, relevant de l'assurance sociale obligatoire (OPAS), que pour les prestations d'aide, le nombre d'heures affecté est plus élevé pour les personnes d'un âge avancé, plus particulièrement au-delà de 80 ans et plus. Entre 2006 et 2009, le nombre d'heures des soins OPAS par patient a augmenté constamment dans tous les cantons, à l'exception du Jura où on enregistre une légère diminution. Par rapport aux heures mesurées par patient en moyenne suisse, le Jura alloue une

densité de soins beaucoup plus élevée, malgré une population âgée moins nombreuse que tous les cantons étudiés.

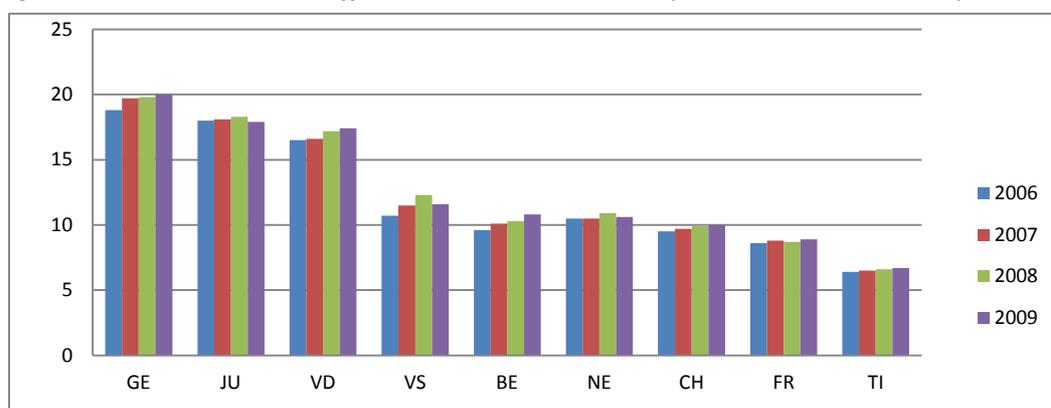
Tableau 5.7 : Densité de l'offre et demande de soins à domicile, par canton, 2006-2009

	2006			2007			2008			2009		
	Postes EPT *1000 /hab. 65+	Heure OPAS par client	Clients OPAS *1000 /hab. 65+	Postes EPT *1000 /hab. 65+	Heure OPAS par client	Clients OPAS *1000 /hab. 65+	Postes EPT *1000 /hab. 65+	Heure OPAS par client	Clients OPAS *1000 /hab. 65+	Postes EPT *1000 /hab. 65+	Heure OPAS par client	Clients OPAS *1000 /hab. 65+
TI	6.4	38	92.1	6.5	42	93.8	6.6	43	96.1	6.7	46	98.0
VD	16.5	57	188.2	16.6	60	182.8	17.2	61	179.0	17.4	62	184.2
VS	10.7	39	119.3	11.5	43	122.6	12.3	42	125.7	11.6	43	124.9
BE	9.6	48	135.7	10.1	50	137.4	10.3	54	133.5	10.8	56	131.3
JU	18	83	166.2	18.1	87	168.0	18.3	81	175.0	17.9	75	175.5
FR	8.6	50	126.5	8.8	50	119.9	8.7	53	126.5	8.9	54	127.7
NE	10.5	32	186.1	10.5	41	155.0	10.9	39	150.9	10.6	48	126.6
GE	18.8	44	156.4	19.7	48	155.1	19.8	50	154.3	20	49	153.7
CH	9.5	46	127.5	9.7	48	1270.8	9.9	9	125.8	10	50	126.0

Sources : OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2006-2009 et OFS, Population résidante permanente en milieu d'année 2006-2009 (ESPOP)

Concernant l'offre, le nombre d'employés à plein temps (EPT) assurant des prestations de soins à domicile exprime l'engagement du canton. Cela rend compte également de la manière dont les cantons réagissent à la demande et organise la prise en charge des personnes âgées (relation à l'offre en EMS, par exemple).

Figure 5.8 : Personnel (EPT) affecté aux soins à domicile, pour 1000 habitants de plus de 65 ans



Sources : OFS, Statistique de l'aide et des soins à domicile

Globalement, l'offre semble répondre à l'augmentation de la demande. En 2007, la tendance est à l'augmentation des moyens dans tous les cantons, à l'exception de Neuchâtel où le taux reste stable. En 2008, on observe encore une augmentation, enregistrée partout sauf à Fribourg. L'année 2009 est caractérisée par une augmentation du taux dans cinq cantons (Tessin, Vaud, Berne, Fribourg, Genève) et une diminution dans les trois restants (Valais, Jura, Neuchâtel). Malgré ces fluctuations, les taux prévalant en 2009 sont plus hauts que ceux de 2006, à l'exception du Jura.

L'analyse montre par conséquent que le système évolue. Ainsi, clairement le recours aux soins à domicile résulte de choix politiques cantonaux, ce qui se traduit une augmentation des moyens. Dans le

détail, les évolutions historiques semblent plus influentes que la recherche d'une norme générale de référence en matière de dotation en personnel. En effet, il n'y a pas de corrélation entre la quantité de prestations allouées, la densité de personnel et la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans. On ne peut donc pas parler de cohérence à cet égard, mais de pratiques cantonales spécifiques. Si l'on considère comme références les valeurs moyennes suisses, qui pourraient être vues comme une sorte de point d'équilibre, alors les cantons les plus proches de ces valeurs sont Valais, Fribourg, Neuchâtel et Berne.

Subventions cantonales et communales

Depuis l'introduction de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), le 1er janvier 2008, la responsabilité des organisations SPITEX incombe désormais aux cantons et les subventions prévues par la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) ne seront plus versées qu'à des organisations d'aide et des soins à domicile faitières, œuvrant sur l'ensemble du territoire suisse. Dans tous les cantons, les services d'aide et de soins à domicile reçoivent une contribution des pouvoirs publics. Les contributions sont en principe cantonales, à l'exception des cantons de Berne, où les organisations sont financées par les communes, et du Tessin, où les 4/5 du financement incombent aux communes. Le canton de Berne n'alloue aucune subvention directe aux organisations SPITEX ; il rembourse le 50 % des subventions versées dans le cadre de la péréquation financière. La tendance est claire et caractérisée par une augmentation constante du financement cantonal et communal des prestations d'aide et de soins à domicile.

Tableau 5.8 : Subventions cantonales et communales, 2006 et 2009, en Mio Frs

		TI	VD	VS	BE	JU	FR	NE	GE	CH
2006	Cantons	3.3	44.7	10.0	-	3.5	2.8	8.5	59.1	162.2
	Communes	13.3	12.0	10.7	37.0	-	8.4	-	-	180.0
2009	Cantons	5.1	53.4	12.1	-	7.4	4.4	15.8	121.7	178.4
	Communes	20.5	53.4	12.1	85.0	1.6	15.1	-	-	388.5

Sources : OFS, statistiques de l'aide et des soins à domicile

Allocations en personnel pour les secteurs EMS et SSAD

En ce qui concerne les ressources en personnel allouées pour les deux secteurs d'intervention, en EMS et dans les SSAD, entre 2006 et 2009, on observe une augmentation de l'offre. Dans tous les cantons, le secteur des EMS est quantitativement plus important que celui des SSAD. Néanmoins, les politiques de santé fédérale et cantonales ont incité les autorités sanitaires à soutenir et développer les services des soins à domicile, tant pour des raisons de qualité de vie des personnes concernées que de coûts à charge de l'assurance-maladie et des pouvoirs publics. Cela apparaît clairement dans tous les cantons étudiés.

(Voir tableau page suivante)

Tableau 5.9 : Personnel (nombre en EPT), comparaison EMS et SD, 2006 et 2009

	2006		2009	
	EMS	SSAD	EMS	SSAD
TI	3536	397	3632	448
VD	5497	1652	6190	1878
VS	2197	499	2451	588
BE	11497	1642	11851	1961
JU	679	213	696	224
FR	2497	290	2562	332
NE	2196	310	2223	330
GE	3157	1223	3354	1397

4. Le financement des soins

Rappel. Par financement des établissements médico-sociaux EMS et des aides et soins à domicile SSAD, on entend toutes les dépenses liées au développement, à la planification, à l'organisation, à la gestion de ces prestations. Il s'agit surtout de dépenses d'investissement, d'exploitation et de construction, supportées soit par les pouvoirs publics, soit par les structures elles-mêmes. Le financement des soins renvoie aux services et prestations de santé, à savoir les soins au sens de la LAMal (OPAS). Trois sources de financement interviennent dans le financement des soins : les assurances sociales, les pouvoirs publics, les patients. Comme mentionné et illustré ci-avant, chaque canton dispose d'une large marge de manœuvre relativement importante dans l'organisation de la gestion financière de ces deux secteurs. Dès lors, les réalités cantonales sont plurielles. Ces réalités cantonales sont présentées ici. Elles sont fondées sur les informations transmises par les cantons.

4.1. Établissements médico-sociaux

Contribution du patient avant la nouvelle législation

Les assureurs maladie prennent en charge l'ensemble des prestations de soins, dont les primes sont assumées par les assurés. Pour les soins, les patients financent par ailleurs les prestations jusqu'à hauteur de la franchise et de la quote-part (participation aux coûts). Dans tous les cantons examinés, le système de financement des EMS prévoit que les patients payent un prix de pension comprenant les prestations socio-hôtelières (encadrement et hébergement). Il s'agit dans la plupart des cas d'un forfait journalier fixé selon des règles propres à chaque canton et qui ne comprennent pas les coûts des soins relevant de la LAMal. Dans la procédure de fixation du prix de pension, les départements de santé cantonaux jouent un rôle prédominant.

A l'exception du canton du Jura, qui pratique un prix de pension égal pour tous les établissements, partout ailleurs, ce prix est fixé par établissement. Les tarifs appliqués par les EMS d'utilité publique pour l'année 2010 sont les suivants :

- Vaud : entre 181 et 228 francs par jour pour une chambre à deux lits.
- Jura : 150 francs par jour pour une chambre à deux lits.
- Fribourg : entre 181 et 190 francs selon le niveau des soins requis (A, B, C, D).
- Valais : entre 78 et 152 francs par jour.
- Neuchâtel : entre 162 et 230 francs par jour en chambre double.
- Genève : entre 187 et 289 francs par jour.
- Tessin : forfait minimum par jour 75 francs.

Les différences, parfois importantes, dépendent des coûts d'investissement et d'exploitation. Les patients payent cette pension avec leur revenu (rentes AVS et LPP, par exemple) et leur fortune propres. Entre 75 et 80% des personnes bénéficient par ailleurs de prestations complémentaires à l'AVS.

La méthode de détermination du prix de pension varie selon les cantons. Au Tessin, le prix de pension est fixé en fonction du revenu et de la fortune. Dans le canton de Vaud, les tarifs socio-hôtelières sont discutés avec la commission financière d'hébergement. A Neuchâtel, jusqu'en 2007, les prix de pension étaient établis par le Conseil d'État sur la base des tarifs journaliers prévus par la Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA). Celle-ci prévoyait que les personnes âgées pouvaient avoir accès à l'institution de leur choix grâce à des aides financières directes des pouvoirs publics octroyées sous la forme de réductions de prix de pension. Le prix de pension était calculé en fonction du revenu et le canton versait aux EMS sa participation (différence entre le prix complet et la participation du résident). A partir de 2007, les aides individuelles prévues par la LESPA ont été supprimées suite au déplaçonnement des prestations complémentaires. A Fribourg, on distingue entre prix de pension et prix d'accompagnement qui est payé au moyen du solde de revenus du patient après le paiement du prix de pension. Le prix d'accompagnement est fixé sur la base du niveau des soins. Il y a quatre niveaux des soins (a, b, c, d), a) étant celui qui nécessite le moins de soins par jour. A Genève, le prix de pension est établi sur la base du prix de construction de l'EMS et du niveau des salaires. Au Jura, il n'y a pas de réelle méthode de fixation des tarifs ; ceux-ci sont « historiques ». Les EMS demandent généralement des hausses du tarif journalier de quelques francs chaque année. Le département de la santé tend aujourd'hui à uniformiser les tarifs, mais des différences entre les EMS restent justifiées en lien avec les investissements et le type d'infrastructures. Dans le canton de Vaud, la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) prévoit que l'Etat accorde une aide financière aux personnes dont les ressources sont insuffisantes (après avoir usufruit des PC) pour couvrir les frais dus à leur hébergement. Il verse le montant de l'aide à l'établissement dans lequel séjourne le bénéficiaire, qui correspond à la différence entre le coût des prestations socio-hôtelières et le revenu déterminant.

Contribution de l'assurance-maladie avant la nouvelle législation

La Loi sur l'assurance-maladie obligatoire (LAMal), qui régit le financement des soins pour les EMS, prévoit que les coûts des soins dispensés en EMS sont remboursés par les assureurs maladie selon les prescriptions de l'article 7 OPAS. L'article 43 al. 4 LAMal prévoit que les tarifs sont négociés sous la forme contractuelle et donne l'obligation à toutes les parties d'instaurer un régime de convention. Les parties [à la convention] sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part. La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent et l'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie. Seule une convention approuvée par le Gouvernement cantonal déploie des effets juridiquement contraignants (art. 46 al. 4 LAMal). Si aucune convention ne peut être conclue, c'est alors le Gouvernement cantonal qui fixe le tarif après avoir consulté les intéressés (art. 47 al. 1 LAMal). Il peut également prolonger l'ancien tarif d'une année (art. 47 al. 3 LAMal). Le Gouvernement fixe un tarif lorsque les négociations n'ont pas abouti.

Dans tous les cantons étudiés, les assureurs maladie, représentés par santésuisse, négocient les tarifs avec les EMS. Les cantons participent aux négociations en tant qu'observateurs. Ils ne peuvent jouer un rôle actif, mais doivent néanmoins approuver la convention et en garantir l'exécution. Selon les acteurs

cantonaux, la voie de la « convention » n'est pas toujours considérée comme le moyen le plus adéquat pour la fixation des tarifs. Il s'avère en effet que les pressions à la baisse des tarifs sont grandes et comportent le risque d'aboutir à des décisions répondant d'abord à des problèmes de caractère économique, et ce au détriment de l'équité, voire de la qualité.

S'agissant du calendrier de renouvellement des conventions, il n'existe aucune règle uniforme au niveau fédéral. Les cantons renouvellent les conventions en moyenne chaque année ou chaque deux ans. Le processus de renouvellement est formel et ne génère en principe pas de grandes oppositions. Seuls les cantons du Jura et de Neuchâtel enregistrent des situations particulières. En effet, au Jura en 2004 et à Neuchâtel à partir de 2005 on observe un « gel de tarifs ». Dans ces deux cantons, le gel tarifaire implique un non-renouvellement des conventions.

Types de tarifs et outil d'évaluation

Une homogénéité existe entre les cantons par rapport aux types de tarifs appliqués, à savoir des forfaits journaliers établis selon le degré des soins nécessaires au patient. Par contre, les méthodes d'évaluation de l'intensité des soins en regard du degré de dépendance des personnes sont diverses. Deux instruments d'évaluation des soins sont utilisés : les systèmes BESA et PLAISIR.

a) BESA (Bewohner – Einstufungs- und Abrechnungssystem)

Le système BESA, reconnu par SantéSuisse, est utilisé plus généralement dans les institutions pour personnes âgées de Suisse alémanique. Le calcul et le remboursement des prestations sont basés sur un catalogue de prestations convenues selon le degré de dépendance du patient. BESA prévoit 4 degrés de dépendances, le degré 4 étant celui qui caractérise la plus grande intensité quotidienne de soins. Chaque groupe de prestations comporte plusieurs niveaux d'intensité. Il suffit de bénéficier d'une prestation dans le niveau le plus élevé pour que les points attribués à ce niveau soient pris en compte pour l'ensemble de la prise en charge (Commission technique intercantonale PLAISIR, 2009). Le niveau des soins est finalisé par un « contrat des soins » conclu entre le résident et le personnel soignant. Dans ce processus, la détermination des besoins requis est réalisée avec l'auto-évaluation du résident et en tenant compte du point de vue du personnel soignant (CSA, 2007). Le système de référence BESA permet d'appréhender la situation du patient non pas comme un état, mais comme un « processus sur lequel ce dernier peut agir » afin qu'il puisse « maintenir des ressources propres de telle sorte qu'il puisse poursuivre ses activités habituelles aussi longtemps et de manière aussi autonome que possible » (CSA, 2007). L'instrument BESA est destiné à « la promotion globale de l'autodétermination et de l'autonomie des résidents, la garantie de la qualité des prestations fournies ainsi que la présentation et le décompte transparent des prestations fournies » (Curaviva, 2012, p. 23).

Quantitativement, actuellement, en Suisse, 850 établissements médico-sociaux, 5000 collaborateurs et 44'000 résidents bénéficient de soins fondés sur le système BESA. Les critiques à l'encontre de ce système renvoient à la notion d'équité. Il est en effet possible d'enregistrer des inégalités de traitement entre les patients d'un même établissement ou entre les établissements. Dans les cantons analysés, Berne et le Valais appliquent le système BESA.

b) PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis)

PLAISIR permet de « mesurer la quantité de personnel infirmier nécessaire dans chaque unité des soins, à chaque horaire, pour dispenser les soins infirmiers requis par l'ensemble des bénéficiaires, en se fondant principalement sur une planification individualisée des soins nécessités par chaque résidant (...) [l'objectif est ainsi de] déterminer les soins requis à des fins de financement et assurer l'équité entre tous les résidents en se basant sur des standards valables dans n'importe quelle institution de n'importe quel canton » (CSA, 2007). Les patients concluent un contrat avec l'établissement. Le degré de dépendance est évalué sur la base de 8 niveaux d'intensité des soins requis. Le système est individuel. Il permet de vérifier l'état de santé effectif du patient. Selon nos interlocuteurs, il garantit précision et équité, car les besoins des résidents sont appréciés au mieux et les spécificités des situations personnelles prises en compte. Surtout, les ressources en personnel sont adaptées aux besoins de chacun. PLAISIR est l'outil d'évaluation des soins utilisé par les cantons de Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud.

En regard de la pratique des cantons, on identifie trois groupes de cantons utilisant trois outils d'évaluation de la charge en soins différents. Berne et le Valais ont adopté la référence BESA, optant pour un système orienté vers la prestation offerte et donnant une acception de caractère économique à l'évaluation des besoins. Cela crée des inégalités de traitement qui ne sont pas justifiées par des différences réelles d'état de santé et de prise en charge. Genève, Jura, Neuchâtel et Vaud pratique la référence PLAISIR, centrée sur l'« individualité » du patient. Les besoins en soins sont établis en fonction de l'état de la personne, de ses ressources et de standards uniformes (guideline). Enfin, certains cantons ont choisi un outil d'évaluation propre. Dans notre champ d'analyse, Fribourg applique un système de 4 niveaux des soins : a, b, c, et d. Le niveau a est celui qui nécessite la plus faible intensité de soins quotidiens. Le Tessin dispose d'un outil d'évaluation RAI comptant 5 degrés de dépendance (0, 1, 2, 3, 4), où le degré 0 est le plus bas.

Ainsi, on observe une absence d'uniformité dans la pratique de l'estimation de la charge en soin, puisque plusieurs méthodes d'évaluation sont appliquées avec pour conséquence une structuration de l'estimation des besoins en soins et une définition du financement en fonction des niveaux tarifaires très différents.

Contribution des pouvoirs publics avant la nouvelle législation

Chaque canton instaure un système propre de financement des établissements médico-sociaux. Les caractéristiques principales du financement public, dont la répartition des charges entre les cantons et les communes, sont les suivantes :

- Tessin. Les communes et le canton subventionnent conjointement les EMS, à travers ce qui est appelé une « contribution globale » fondée sur le volume des prestations reconnues, qui permet de satisfaire les critères de la planification aux niveaux cantonal et régional. 1/5 de la contribution publique est assumée par les communes, sur la base d'une clé de répartition définie en fonction de leur capacité financière. 4/5 sont à la charge du canton. Avant 2008, la pratique de subventionnement relevait du principe de la couverture du déficit. Depuis 2008, les EMS disposent d'un contrat de prestation fixant la subvention.
- Valais. Le canton couvre l'intégralité du financement des EMS. La nouvelle législation élaborée par le Parlement prévoit une répartition financière entre canton et communes à hauteur, pour le canton, de 70% de la contribution résiduelle des soins, plus les dépenses d'investissement et d'exploitation.

Les communes en subventionnent le 30%. Cette législation a été combattue par référendum. La votation populaire n'a pas eu lieu.

- Vaud. Le canton et les communes participent au financement des EMS. 76,5% sont à la charge des régimes sociaux (dont PC) et 23,5% à charge de l'Etat (soins résiduels, répartis à raison de 50% pour le canton et 50% pour les communes).
- Neuchâtel. Jusqu'en 2003, les communes participaient au subventionnement à hauteur de 50 % des charges (en 2000) et de 40 % (2001 à 2003), le reste est payé par le canton. A partir de 2004, le canton assure l'intégralité de la subvention. Selon la législation (LESPA), les subventions sont fixées selon le principe de la couverture du déficit et sont directement facturées aux l'EMS.
- Genève. Le financement est totalement à charge des assurances sociales, assurance-maladie et prestations complémentaires.
- Jura. Avant 2005, les communes assumaient 1/3 du financement public et le canton les 2/3. Avec une nouvelle péréquation financière entrée en vigueur en 2005, le financement des EMS relève entièrement du canton. La subvention est fixée sur la base de la couverture du déficit. Dès 2013 prévaudront des contrats de prestations avec l'adoption d'enveloppes financières.

Les modalités de fonctionnement des systèmes cantonaux sont donc fort divers. L'autonomie cantonale est de mise et explique cette pluralité de pratiques. Ainsi, les règles est les systèmes mis en œuvre ne sont pas comparables. En plus des financements publics directs par les cantons et les communes, il convient de relever que pour les personnes concernées, les prestations complémentaires AVS/AI jouent un rôle prédominant dans la couverture des charges découlant d'un placement en EMS.

Effets de la nouvelle législation

Le nouveau régime fédéral de financement des soins, entré en vigueur en 2011, a introduit une nouvelle catégorie de soins : les soins de transition. Cette nouvelle pratique prévoit un financement différencié entre soins de base et soins aigus et de transition. Pour cette dernière catégorie, la part à la charge de l'assurance-maladie est négociée au niveau du canton entre assurance-maladie et fournisseurs de prestations. La participation entre le canton et l'assurance-maladie est fixée comme suit : un maximum de 45% à charge des assureurs maladie ; un minimum de 55% à charge du canton. Pour ces soins dits de transition, le patient paye uniquement sa participation aux coûts (quote-part et franchise) durant deux semaines au maximum.

La loi détermine les coûts à charge des assureurs maladie à l'aide de douze forfaits journaliers fixés en fonction de la quantité (durée) de soins requis. Les résidents participent aux coûts de des soins à hauteur maximale de 20% du tarif maximum à charge de l'assureur maladie, soit 21,60 francs par jour au plus. Les cantons peuvent définir eux-mêmes le montant exact de cette part. Pour les soins aigus et de transition, les pourcentages minimaux et maximaux de la contribution de l'assurance-maladie et des cantons sont déterminés (max. 45% pour les assureurs maladie ; min. 55% pour les cantons).

Tableau 5.10 : Soins en EMS, financement

	Participation Cantons	Participation assurance-maladie	Participation patient
Coûts : soins de base	Partie résiduelle	Montants par jour : jusqu'à 20 minutes des soins requis: 9 francs; de 21 à 40 minutes des soins requis: 18 francs; de 41 à 60 minutes des soins requis: 27 francs; de 61 à 80 minutes des soins requis: 36 francs; de 81 à 100 minutes des soins requis: 45 francs; de 101 à 120 minutes des soins requis: 54 francs; de 121 à 140 minutes des soins requis: 63 francs; de 141 à 160 minutes des soins requis: 72 francs; de 161 à 180 minutes des soins requis: 81 francs; de 181 à 200 minutes des soins requis: 90 francs; de 201 à 220 minutes des soins requis: 99 francs; plus de 220 minutes des soins requis: 108 francs.	Franchise et maximum de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Max. : 21.6 frs/jour.
	Participation Cantons	Participation assurance-maladie	Participation patient
Coûts : soins aigus et de transition	Le canton de résidence fixe pour chaque année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55% au moins	Négociation des tarifs au niveau cantonal entre assurance-maladie et fournisseurs de prestations. Max 45%. La totalité du financement du coût de ces soins durant deux semaines au maximum (max. 45% assureurs maladie / min. 55% cantons)	Uniquement la quote-part de la franchise durant deux semaines au maximum.

Le nouveau financement des soins dans les cantons

Les législations cantonales ont été adaptées pour garantir la mise en œuvre de la nouvelle législation fédérale sur le financement des soins.

S'agissant de la contribution des assurances-maladie (CSLD GRSP, 2011). Les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin et Vaud n'ont pas prévu de tarifs particuliers. Ils ont adopté les tarifs OPAS aux douze niveaux des soins requis. Le canton du Valais applique les dispositions transitoires suivantes, qui adaptent progressivement les tarifs : pour 2011, de 9,45 à 113,4 francs ; pour 2012, de 9,3 à 111,6 francs ; pour 2013, de 9,15 à 109,8 francs. Les conventions entre prestataires de service et assureurs règlent formellement ces différents éléments.

Pour ce qui concerne la part à la charge des patients : Berne, Jura et Neuchâtel appliquent le 20% du tarif maximal de l'ordonnance OPAS, soit 21.6 francs, alors que le Tessin et Fribourg appliquent le 20% du tarif maximal OPAS dans la limite du coût du degré de dépendance. A Genève, pour l'année 2011, il n'y a aucune contribution du patient. En Valais, il n'y a, comme à Genève, aucune contribution du patient pour 2011. Il sera ensuite tenu compte d'une contribution des patients de 0 à 20 % en fonction de leur niveau de fortune.

Quant à la participation des pouvoirs publics, les cantons ont arrêté leur part de subventionnement de la manière suivante :

- Berne. Un coût par jour est prévu pour les soins. Le canton paye la différence entre le coût, la contribution des assureurs et celle du résident. Le canton verse des acomptes aux EMS sur la base des données de janvier, cinq fois par année. Le décompte final a lieu fin février de l'année suivante.
- Fribourg. Par des acomptes trimestriels, le canton couvre le solde des dépenses après les contributions des assureurs et des patients.

- Genève. Le canton finance une part résiduelle, qui représente, en 2011, 55% environ des coûts des soins effectifs. La subvention est fixée dans le cadre d'un contrat quadriennal.
- Jura. On y pratique une participation financière différenciée entre EMS généraux et EMS spécialisés en psychogériatrie (UVP). La participation du canton est au maximum de 20,6 francs par jour en EMS. La subvention est payée sur la base d'un décompte trimestriel.
- Neuchâtel. La subvention est versée sur la base de 16 classes, soit 15 classes d'une durée de 20 minutes et une 16ème classe rémunérée par minute. La part cantonale est reconnue si la classification est acceptée par l'assureur.
- Tessin. Le canton couvre le solde de dépenses après contributions des assureurs et des patients.
- Vaud. La contribution est différenciée selon les 12 catégories de l'OPAS. Elle est versée avec 12 acomptes mensuels représentant 90% du montant annuel estimé, puis le solde est versé sur la base des journées réelles et de la lourdeur effective des personnes placées.
- Valais. La contribution du canton est fonction du niveau des soins.

Tous les cantons ont adapté leur propre législation à la législation fédérale. Ainsi, le nouveau régime de financement des soins crée un système plus homogène du point de vue des tarifs appliqués à charge de l'assurance-maladie et des patients. Ainsi, les soins en EMS sont couverts par une contribution des assureurs maladie en fonction de 12 degrés de dépendance. Alors qu'avant le nouveau financement des soins la participation du patient n'avait pas des limites maximales, avec la nouvelle législation les patients participent aux coûts des soins jusqu'au niveau de 20% du tarif maximum. De plus, la loi introduit de nouveaux éléments : la possibilité pour les rentiers AVS de bénéficier d'une allocation pour impotence faible, qui décharge le canton ; une augmentation du montant exonéré de la fortune pour les prestations complémentaires (à charge du canton) ; la suppression de l'aide sociale en cas de financement du séjour en EMS.

Malgré ces modifications et pratiques, chaque canton applique son propre outil d'évaluation (BESA, PLAISIR ou autre), ce qui provoque une forme d'inégalité de traitement entre les patients soit au sein du même EMS, soit entre les patients d'un même canton, soit entre les patients des différents cantons. Du point de vue législatif, chaque canton structure ses lois selon ses propres exigences économiques. Il en découle des méthodes et règles de détermination des contributions cantonales très diversifiées et non comparables.

4.2. Soins et soutiens à domicile

Comme pour le secteur des EMS, l'analyse porte pour celui des services d'aide et des soins à domicile sur le financement des soins au niveau cantonal avant et après l'introduction du nouveau financement selon la LAMal, en considérant les trois acteurs principaux du système de financement : les patients, les assureurs-maladie et les pouvoirs publics.

La contribution du patient avant la nouvelle législation

La contribution du patient est appréhendée à travers trois angles d'analyse : les types de prestations payées, les sources de financement et le rôle du canton dans la fixation du prix. Les soins dispensés à domicile sont pris en charge par l'assurance-maladie sociale LAMal. Les assureurs maladie agissent selon les prescriptions de l'ordonnance OPAS. En principe, les patients ne payent pas les soins, mais ils contribuent aux prestations d'aide et de soutien (ménage, repas, entretien domestique, lessive, etc.). Toutefois, dans le canton de Berne, une participation aux soins ambulatoires était prélevée jusqu'à fin

2009). Dans les cantons du Tessin, Valais, Vaud, Neuchâtel, Fribourg et Jura, la contribution du patient est fixée selon des tarifs individuels en fonction du revenu imposable et de la situation familiale. À Genève, le coût est par ailleurs couvert par les prestations complémentaires cantonales. Les prix appliqués pour les aides et soutiens à domicile varient selon les cantons. Ils dépendent des prestations, de l'organisation et de la gestion économique des systèmes cantonaux de services à domicile.

Contribution de l'assurance-maladie avant la nouvelle législation

Comme indiqué ci-avant, la loi sur l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) prévoit que les soins dispensés par un service des soins à domicile sont remboursés selon les prescriptions de l'OPAS. L'association nationale SPITEX, qui règle le financement des soins à domicile contribue à une certaine harmonisation des pratiques cantonales. Comme pour les EMS, l'article 46 LAMal prévoit que les tarifs des soins remboursés par l'assurance-maladie sont définis dans une convention tarifaire. Dans tous les cantons, les assureurs maladie représentés par santésuisse négocient les tarifs des soins avec les prestataires de services des soins à domicile ou leurs représentants. Les cantons participent aux négociations en tant qu'observateurs. Ils doivent approuver la convention et en garantir l'exécution. Les coûts à charge de l'assurance-maladie sont calculés selon des tarifs horaires, suivant les prescriptions OPAS. Dans le canton du Jura, il n'y a pas eu de renouvellement des conventions tarifaires entre 2000 et 2010. À Neuchâtel, dès 2005, intervient un gel des tarifs au niveau des tarifs prévalant en 2004. Tous les autres cantons ont renouvelé les conventions annuellement.

Concrètement, l'organisation des services d'aide et de soins à domicile évalue le besoin en aide et en soins des personnes prises en charge. Celle-ci est obligatoire pour les prestations à charge de l'assurance-maladie soient remboursées. Elle a pour but d'apprécier l'adéquation des prestations de soins dispensés. Pour ce faire, l'association nationale SPITEX a retenu l'outil d'évaluation des soins à domicile « RAI-Home Care ». Le Resident Assessment Instrument (RAI) a été développé, à la fin des années 1980 aux Etats-Unis, en tant qu'instrument d'évaluation de l'état de santé et de bien-être des personnes âgées placées en institutions. Il apparaît aujourd'hui comme étant l'outil le plus adapté à une prise en charge personnalisée et évolutive des patients âgés dépendants.

Contribution des pouvoirs publics avant la nouvelle législation

Dans tous les cantons étudiés, les pouvoirs publics participent à la couverture des besoins financiers des services d'aide et de soins à domicile. En principe, le déficit des organisations est couvert en vertu de contrats de prestations, soit par les cantons, soit par les communes. Depuis l'introduction de la réforme de la péréquation financière (RPT), en 2008, les cantons sont seuls compétents pour les aides et soins à domicile. La Confédération n'octroie plus de subvention aux organisations locales. Les caractéristiques principales des pratiques cantonales sont décrites ici :

- Tessin. Le canton participe aux dépenses d'investissement par des aides directes. Les communes contribuent à la couverture des coûts des services à domicile. Avant 2008, la participation était fonction du déficit. Dès 2008, le canton stipule la participation financière dans des contrats de prestations.
- Valais. Les communes payent le solde de la facture après contribution des patients et des assureurs-maladie. Le canton paie le 50% de l'excédent des dépenses d'investissement et d'exploitation.
- Vaud. Le canton participe à raison de 50% aux charges de pilotage et de gestion des réseaux. Les communes participent au 50% des dépenses d'aide et des soins, des repas à domicile et de ménage.

- Neuchâtel. Jusqu'en 2000, les contributions publiques se répartissaient à raison de 50% pour les communes et 50% pour le canton. De 2001 à 2003, les communes ont participé à hauteur de 40% et le canton de 60%. Dès 2004, le canton couvre l'intégralité des dépenses pour les services de soins à domicile. Jusqu'en 2006, la contribution est fixée selon le principe de la couverture du déficit. Le canton verse sa contribution aux organisations régionales qui la versent à l'organisation ayant alloué la prestation. Dès 2007, des contrats de prestations ont été signés avec le canton.
- Fribourg. Les communes attribuent une indemnité forfaitaire et le canton subventionne le 35% des frais du personnel.
- Genève. Par un contrat de prestations, le canton finance les locaux et les espaces de travaux collectifs.
- Jura. Depuis 2005, le canton signe un contrat de prestations renégocié chaque année avec les services des soins à domicile. Les cantons et les communes se répartissent la charge de la subvention des services d'aide à domicile.
- Berne. Les communes et le canton se partagent les coûts pour moitié chacun (50% - 50%) dans le cadre de la compensation des charges. Le système prévoit la couverture des déficits des services jusqu'à un coût plafond fixé par le canton.

Une fois encore, on observe que les systèmes cantonaux de contribution au financement des soins à domicile sont très différents les uns des autres. Toutefois, partout, cantons et communes s'associent pour financer cette prestation, mais dans des proportions spécifiques à chaque canton. Malgré une certaine uniformisation des règles introduites par le nouveau financement des soins, on se trouve fort éloigné encore d'une mise en œuvre harmonisée sur l'ensemble du territoire.

Effets de la nouvelle législation

Comme pour les EMS, le secteur des aides et soins à domicile est concerné par l'introduction de la distinction entre les soins de base et les soins aigus et de transition.

Tableau 5.11 : Financement des soins à domicile

	Participation Cantons	Participation assurance-maladie	Participation patient
Coûts : soins de base	Les cantons ou les communes assument coûts restants. La part des pouvoirs publics se situe entre env. 10 et 40 % selon les cantons et les cas.	Le Conseil fédéral fixe la part en francs. Contribution de l'assureur aux <i>soins à domicile</i> par heure (facturé par 5 minutes, mais au minimum 10 minutes) : - Soins de base Fr. 54.60 - Examen/traitement Fr. 65.40 - Évaluation des soins requis/conseils Fr. 79.80.	Franchise habituelle. Participation du patient en supplément au max. Fr. 15.95 par jour ou Fr. 5821.75 par année (au maximum 20% de la contribution de l'assurance-maladie la plus élevée fixée par le Conseil fédéral).
Coûts : soins aigus et de transition	Le canton de résidence fixe pour chaque année civile la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55% au moins.	Négociation des tarifs au niveau cantonal entre assurance-maladie et fournisseurs de prestations. Max 45%. La totalité du financement du coût de ces soins durant deux semaines au maximum (max. 45% assureurs maladie / min. 55% cantons).	Uniquement franchise et quote-part, durant deux semaines au maximum.

Le Conseil fédéral fixe la contribution des assureurs-maladie aux coûts des soins de manière uniforme pour toute la Suisse, par type de soins : évaluation et conseils 79.80 frs/heure ; soins de base 54.60 frs/heure ; soins techniques 65.40 frs/heure. Le patient participe aux coûts des soins à hauteur de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, à savoir 15.95 frs/jour. Les patients ne participent directement pas aux coûts des soins, à l'exception du montant de la franchise et de la quote-part. Les cantons règlent le financement résiduel en signant des contrats de prestations avec les services d'aide et des soins à domicile. Par ailleurs, ils accordent des forfaits par heure de soins selon les catégories « soins de base », « soins techniques », « évaluation et conseils », ainsi que par heure de prestations ménagères.

Le nouveau financement des soins dans les cantons

Selon la LAMal, le patient peut contribuer au maximum à hauteur de 15.95 francs par jour ou 5821.75 francs par année, c'est-à-dire au maximum 20% de la contribution de l'assurance-maladie la plus élevée fixée par le Conseil fédéral. Au niveau cantonal, seuls deux cantons ont prévu une participation supplémentaire à charge du patient. A Fribourg, les patients participent par une contribution supplémentaire de 10% au maximum. A Genève, une participation de maximum 20% est prévue pour les services non mandatés. Le patient participe aux soins via une contribution de 0 à 8 francs par jour, selon le revenu. Dans les autres cantons (Berne, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud, Tessin) aucune participation n'est prévue.

Avec la nouvelle législation, les tarifs des prestations remboursées par les assureurs maladie sont fixés par le Conseil Fédéral. Pour les soins de base, l'ordonnance OPAS prévoit que la contribution de l'assureur s'effectue par heure (facturé par 5 minutes, mais au minimum 10 minutes) selon les classes suivantes : soins de base, 54.60 frs ; examen/traitement 65.40 frs ; évaluation des soins requis/conseils 79.80 frs. Toutes les législations cantonales ont adopté les tarifs OPAS.

Pour ce qui concerne la part à la charge du canton et/ou des communes, la nouvelle loi sur le financement des soins prévoit que les cantons ou les communes assument les coûts restants. La part des pouvoirs publics se situe entre 10 et 40% selon les cantons et les cas. Dans les cantons analysés, les contributions cantonales et/ou communales sont gérées comme suit :

- Berne. Un contrat de prestations est conclu entre les services et le canton. Pour les services « à but non lucratif », la contribution est payée selon les classes suivantes : évaluation et conseils, 64.1 frs ; examens et traitements, 55.95 frs ; soins de base, 44.10 frs. D'autres suppléments sont prévus pour les soins pédiatriques à domicile, les soins oncologiques et les soins psychiatriques. Le canton verse le montant avec des acomptes six fois par année, le décompte final étant prévu pour le début de l'année suivante.
- Genève. Le canton prend en charge le solde résiduel si le service répond à l'exigence fixée par la législation cantonale (LSDom). Il établit un contrat de prestations avec les services.
- Jura. Le canton conclut des contrats avec les tarifs suivants selon trois niveaux : A, 23.40 frs ; B, 21.80 frs ; C, 16.20 frs. Les prestations d'intérêt général sont financées séparément.
- Neuchâtel. Il n'y a aucune contribution du canton pour les services privés. Celle du canton au SSAD est fixée par la loi cantonale (NOMAD) selon les classes suivantes : A, 17.20 frs ; B, 17.60 frs, C, 13.40 frs.
- Tessin. Pour les services d'intérêt public, le canton contribue selon les classes suivantes : A, 61.95 frs ; B (infirmiers), 76.36 frs ; B (Opérateur socio-sanitaire), 26.55 frs ; C (infirmiers), 55.80 frs ; C (OSS), 24.80 frs ; C (auxiliaires), 0 fr. Des suppléments individualisés sont prévus pour les conseils

pédiatriques, le personnel de direction, le siège, la formation et autres contributions particulières (projets, travail de nuit et de fin de semaine, etc.). Les services privés peuvent aussi bénéficier d'une contribution cantonale, établie selon les classes suivantes : A, 0.50 frs ; B (infirmiers), 12.05 frs ; B (OSS), 0 fr ; C (infirmiers), 14.45 frs ; C (autres figures), 0 fr. Le canton accorde des suppléments individualisés pour le personnel de direction, le siège, la formation et autres contributions particulières (travail de nuit et de fin de semaine, etc.). Le canton élabore des contrats de prestations avec les services.

- Valais. Le canton contribue selon les classes suivantes : A, 30.20 frs ; B, 29.60 frs ; C, 15.40 frs.

Le financement des soins à domicile montre que tous les cantons ont adapté leur législation à la législation fédérale et que le nouveau régime de financement des soins a créé un système plus homogène du point de vue de la fixation des tarifs à la charge de l'assurance-maladie et du patient. Toutefois, la marge de manœuvre des cantons pour la fixation de la contribution des pouvoirs publics reste très grande. Les différences cantonales découlent des caractéristiques propres de chaque canton, en fonction de son organisation du système de santé, de l'orientation de l'allocation des ressources et de son histoire sanitaire.

5. Conclusions

Plusieurs éléments peuvent être mentionnés en conclusion du chapitre consacré au financement des soins dispensés dans les établissements médico-sociaux et par les services d'aide et de soins à domicile.

Pluralité des législations

Structure législative. La présentation des différentes législations, dans leur dénomination, leur structure et leur contenu conceptuel et de fond met en évidence une très grande hétérogénéité. Certains cantons disposent de lois spécifiques consacrées aux établissements médico-sociaux (FR, GE, NE, TI, VD, VS). D'autres ont des lois identiques pour les EMS et les soins à domicile (BE, JU). D'autres enfin n'ont pas (ou pas encore) de législation spécifique (BE, VS). Le cadre général normatif de référence est donc pluriel. Il manque de lisibilité et sa compréhension s'avère particulièrement complexe.

Dans ce cadre légal, du point de vue terminologique, la pratique sémantique est plurielle, voire disparate. L'utilisation d'une terminologie diversifiée qui caractérise les lois et directives des cantons contribue à rendre obscure, parfois incompréhensible, la matière traitée. Une harmonisation intercantonale des définitions et autres éléments terminologiques des lois d'application d'une législation fédérale telle que la LAMal serait fort judicieuse. Sous l'angle de la structure législative, les mêmes critiques peuvent être formulées. D'une législation à l'autre, les terminologies de nature financière diffèrent, le degré d'information varie énormément d'une loi à l'autre, y compris dans le renvoi à d'autres types de réglementations (ordonnances, directives, etc.).

Cette absence d'approche uniforme se retrouve également dans la production statistique sur le champ du financement des soins. Il faut attendre 2006 pour disposer d'un système de collecte de données statistiques quasi cohérent au niveau du contenu terminologique. Cette situation est révélatrice de la difficulté à imposer des règles de gouvernance uniforme dans des politiques publiques fédérales, qui plus est dans les domaines à forte compétence cantonale. Les questions terminologiques concernent moins le secteur des soins à domicile. En effet, en raison notamment du rôle joué par l'association nationale SPITEX en matière d'uniformisation des pratiques, la définition des soins à domicile est

partagée par tous les cantons. Par conséquent, la collecte de données statistiques se réalise dans un système plus homogène et permet de comparer les données de toutes les années sans hypothèses erronées.

Acteurs

L'autorité publique est l'acteur central de la politique de financement des soins. Certes, les tarifs sont négociés entre les assureurs maladie et les structures de dispensation des soins (Etablissements médico-sociaux ou Organisations d'aide et de soins à domicile). Mais, de manière générale, les conflits d'intérêts maintes fois observés ou les contradictions systémiques (marché – régulation) sont quasi inexistantes. La question centrale relève d'abord de la solidarité du financement, en regard du niveau des tarifs et de la part ou du montant des prestations à charge des patients. Si opposition il devait y avoir, elle intervient d'abord entre l'autorité politique et la population (par exemple, référendum sur la loi d'application du financement des soins dans le canton du Valais).

Cohérence, éthique

Au-delà de la construction législative retenue par les cantons et nonobstant la pluralité des pratiques, on peut considérer que le système mis en place est cohérent. Tous les cantons disposent d'une législation qui garantit la bonne application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. La visibilité de la norme est donc garantie partout. De plus, chacune des lois aspire aux mêmes principes et objectifs : assurer une offre de prestations et de services efficace et de qualité ; réaliser une forme de solidarité à travers les financements publics.

Sur le fond, à savoir dans la répartition des financements ou dans la définition des pratiques tarifaires et du montant des prestations, quand bien même on découvre entre les cantons une très grande inégalité de situation pour les établissements médico-sociaux, les services de soins à domicile ou les assurés – patients – bénéficiaires de prestations, on ne peut pas affirmer pour autant que le système soit incohérent. Les cantons agissent clairement en fonction du développement historique de leur politique sanitaire et des ressources qu'ils entendent allouer et utilisent pleinement la marge de manœuvre accordée par la législation fédérale.

Le fédéralisme aboutit ainsi incontestablement à des inégalités de traitement de ses citoyens qui, selon leur domicile notamment, jouissent certes des mêmes droits, mais de prestations différentes. L'offre de prestations (nombre de lits en EMS, personnel disponible, niveau des subventions), le prix des prestations (tarif des soins, prix de pension en EMS) ou encore les instruments de gouvernance (les méthodes d'évaluation des soins, la production statistique) varient clairement selon les cantons. Un problème d'équité du système suisse de santé est donc confirmé avec l'étude du financement des soins.

Au cours des vingt dernières années, le secteur des soins en EMS et à domicile a connu d'importants développements. Certes, les différentes réformes ont aspiré à garantir l'universalité de l'accès aux soins, l'équité des financements, l'efficience ou la qualité. Néanmoins, tant au niveau fédéral qu'au niveau des différents cantons, rien quasiment n'a été entrepris dans ces innombrables processus législatifs pour réduire les écarts de pratiques entre les cantons, même là où les différences sont choquantes, pensons par exemple au prix de pension facturé aux patients dans les EMS. Ni la Confédération, ni les cantons et leur conférence (la CDS en l'occurrence) n'ont stimulé d'impulsion ou proposé des actions concrètes pour uniformiser, voire harmoniser, les pratiques.

Enfin, comme il a été observé pour la réduction des primes en faveur des assurés économiquement modestes, par son engagement financier et la part des coûts à charge des patients, chaque canton définit sa propre « justice sociale ». Les niveaux d'équité de financement des soins varient donc d'un canton à l'autre. Se pose par ailleurs la question de l'équité verticale, les coûts intervenant dans le financement des soins ne tenant en principe pas compte de la capacité contributive des patients. Les tarifs sont uniformes, tout comme les prix de pension couvrant les charges hôtelières des EMS. Ces diverses formes d'« équités cantonales » caractérisent le fédéralisme sanitaire suisse et ne sont actuellement pas remises en cause.

Références bibliographiques

Législations cantonales/messages/pétitions

Avant-projet de loi sur les soins de longue durée. Consultation Loi RPT II – 2 Annexe 8.

Conseil fédéral (1991). *Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie* - FF 1992 I 77.

Conseil fédéral (2001). *Message concernant la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) du 14 novembre 2001* - 01.074.

Conseil fédéral (2004). *Message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie* - 04.061.

Conseil fédéral (2005). *Message relatif à la Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005* - 05.25.

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999- RS 101.

Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) - RS 831.10 .

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

Loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges (PFCC) du 3 octobre 2003 - RS 613.2.

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008.

Loi fédérale du 3 octobre 2003 sur la péréquation financière et la compensation des charges (PFCC). RS 613

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995 - RS 832.102.

Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins), (OPAS) du 29 septembre 1995 - 832.112.31.

Législations cantonales/ Conventions

Berne :

Loi sur l'aide sociale (LASoc) du 11 juin 2001 - 860.1.

Loi portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LiLPC) du 27 novembre 2008 - 841.31

Loi sur la santé publique (LSP) du 2 décembre 1984 - 811.01.

Loi sur les subventions cantonales (LCSu) 16 septembre 1992. 641.1

Fribourg :

Loi sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. (LEMS) du 23 mars 2000.

Tessin :

Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) del 30 novembre 2010 - 6.4.5.1.

Legge sull' assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997. 6.4.5.5

Vaud :

Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) du 5 décembre 1978 - 810.1

Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) du 24 janvier 2006 - 850.11.

Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) du 24 janvier 2006. 850.11

Loi sur l'Association vaudoise d'aide et des soins à domicile (AVASAD) du 6 octobre 2009.000

Valais :

Directives du DSSE concernant les conditions à remplir par les institutions d'aide et de soins à domicile en vue de l'obtention d'une autorisation d'exploiter du 1er mars 2000.

Directives du DSSE concernant l'organisation des Centres médico-sociaux du 13 janvier 1997

Directives du DSSE fixant les modalités de la participation financière aux établissements

Directive concernant la réduction du coût des prestations d'aide à domicile octroyées par l'AVASAD du 1er janvier 2011

Loi sur la santé du 9 février 1996. 800.1

Neuchâtel :

Loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées (LESPA) du 21 mars 1972. 832.30.

Loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile) du 6 septembre 2006 - 800.101.

Genève :

Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA) du 4 décembre 2009 - J 7 20.

Loi sur le réseau des soins et le maintien à domicile (LSDom) du 26 juin 2008 - K 1 06.

Jura :

Loi sur l'organisation gérontologique du 16 juin 2010 - 810.41.

Statistiques

OFS (2001). *Population résidante de 65 ans et plus*. Neuchâtel : OFS.

OFAS (2003). *Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) 2001*. Berne : OFAS.

OFS (2003). *Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers 2001*. Neuchâtel : OFS

OFS (2007). *Statistique de l'aide et des soins à domicile 2006*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2008a). *Indicateurs des institutions médico-sociales 2006. Résultats et analyses*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2008b). *Indicateurs des institutions médico-sociales 2007. Résultats et analyses*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2008c). *Statistique de l'aide et des soins à domicile 2007*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2009). *Indicateurs des institutions médico-sociales 2008. Résultats et analyses*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2009). *Statistique de l'aide et des soins à domicile 2008*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2010). *Statistique de l'aide et des soins à domicile 2009*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2011a). *Coûts et financement du système de santé 2010*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2011b). *Statistique des institutions médico-sociales 2009 – Tableau standard*. Neuchâtel : OFS.

OFS (2011). *Population résidante permanente en milieu d'année (2006 à 2009)*. Neuchâtel : OFS.

Santésuisse (2011). *Statistique des facteurs 2009 et 2005*.

Ouvrages

Fragnière Jean-Pierre et Girod Roger (2002). *Dictionnaire suisse de politique sociale. Coûts santé*. Lausanne : Eds. Fragnière Jean-Pierre et Girod Roger.

Heller Geneviève (2004). *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*. Lausanne : SHSR et Éditions d'En Bas.

Norton E. (2000). *Long-term care*. In Culyer AJ & Newhouse JP (Eds), *Handbook of Health Economics*, (pp.956-995). New York: Elsevier Science.

Rapports/Etudes

CDS (2003). *Pratique du Conseil fédéral en matière de décisions tarifaires*. Berne : CDS.

Commission des soins de longue durée du Groupement romand de la santé publique (CSLD GRSP) (2011). *Nouveau régime de financement des soins – Etat des lieux dans les cantons*. Berne : CSLD GRSP

Commission technique inter cantonale PLAISIR (2009). Commentaires relatifs au rapport de Monsieur G. Bartelt. «Définitions différentes des minutes et conséquences pour les adaptations dans le système RAI».

Conseil suisse des aînés (CSA) (2007). *Rapport sur la qualité des soins de longue durée*. Berne : CSA.
Jaccard Ruedin Hélène, Marti Michael, Sommer Heini, Bertschy Kathrin & Leoni Christian (2010). *Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin*. Neuchâtel : OBSAN.

Curaviva (2012). *Rapport annuel 2011*. Association des homes et institutions sociales suisses. Berne.

Spitex (1995). *Statuts*. Berne : Spitex

Spitex (2010). *Nouveau régime de financement des soins – les grandes linges à partir de 2011*. Berne : Spitex

Weaver France, Jaccard Ruedin Hélène, Pellegrini Sonia & Jeanrenaud Claude (2006). *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Neuchâtel : OBSAN.

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 5.1 : Législations cantonales relatives aux EMS	272
Tableau 5.2 : Législations cantonales relatives aux soins à domicile	273
Tableau 5.3 : Places en EMS et taux pour 1000 habitants, par canton, 2006-2009	275
Tableau 5.4 : Nombre d'EMS privés et subventionnés, par canton, 2001-2006-2009	277
Tableau 5.5 : Postes EPT et taux d'EPT par place en EMS, par canton, 2006 à 2009	277
Tableau 5.6 : Nombre d'organisations d'aide et des soins à domicile	279
Tableau 5.7 : Densité de l'offre et demande de soins à domicile, par canton, 2006-2009	280
Tableau 5.8 : Subventions cantonales et communales, 2006 et 2009, en Mio Frs	281
Tableau 5.9 : Personnel (nombre en EPT), comparaison EMS et SD, 2006 et 2009	282
Tableau 5.10 : Soins en EMS, financement	287
Tableau 5.11 : Financement des soins à domicile	290

Figures

Figure 5.1. : Contributions des pouvoirs publics aux établissements de santé, Suisse, 1995-2009	264
Figure 5.2. : Contributions des pouvoirs publics aux soins à domicile, Suisse, 1995-2009	264
Figure 5.3. : Coûts des EMS et Soins à domicile à la charge de l'AOS, par assuré, en francs, Suisse, 1997-2009	265
Figure 5.4 : Taux de places en EMS, pour 1000 habitants de 65 ans et plus, par canton, 2006 - 2009	276
Figure 5.5 : Taux de places en EMS, pour 1000 habitants de 65 ans et plus, selon le rang par canton, années 2006 et 2009	276
Figure 5.6 : Evolution du taux d'EPT par place, en EMS, par canton, 2006 à 2009	278
Figure 5.7 : Taux d'EPT, par place en EMS, par canton, 2006 et 2009	278
Figure 5.8 : Personnel (EPT) affecté aux soins à domicile, pour 1000 habitants de plus de 65 ans	280

Annexe 1

Personnes interrogées : entretiens semi-directifs réalisés et/ou questionnaires

Olivio Lama : SantéSuisse, Segretario generale tarifsuisse sa.

Jean Perrenoud : Secrétariat de la Commission des soins de longue durée du Groupement romand de la santé publique (CSLD GRSP)).

Canton de Berne :

Jan Guillaume: Collaborateur spécialisé supérieur, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, Office des personnes âgées et handicapées OPAH.

Canton du Tessin :

Francesco Branca : Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio.

Canton de Vaud :

François Charbonnier : Service des assurances sociales et de l'hébergement.

Canton du Valais :

Yves Martignoni : Service de la santé publique.

Canton de Neuchâtel :

Yves Grosclaude : Président de la Commission des soins de longue durée du Groupement romand de la santé publique (CSLD GRSP)). Chef de l'office du maintien à domicile et de l'hébergement Service cantonal de la santé publique.

Canton de Genève :

Blaise Martin : (Genève) : Département des affaires régionales de l'économie et de la santé (DARES), Direction générale de la santé.

Canton du Jura :

Sophie Schaller : Économiste, République et Canton du Jura, Service de la santé publique.

Chapitre 6

Les médicaments

1. Introduction

La problématique des médicaments occupe une place particulière dans l'étude de la cohérence du système de santé telle qu'appréhendée jusqu'ici à travers l'analyse de thématiques intégrant la double perspective de l'application d'une législation fédérale (l'assurance-maladie LAMal) et de sa mise en œuvre par les cantons. L'observation de la dimension de cohérence sous-tendant idéalement la politique de santé ne concernera pas dans ce chapitre le lien étroit, indissociable en cette matière, qui réunit les différents niveaux institutionnels que sont la Confédération, les cantons et les communes. Elle se concentre sur une problématique particulière, les médicaments et notamment la régulation de ce marché, en regard de la complexité des mécanismes relevant des politiques publiques de santé, qui caractérisent le fonctionnement et l'évolution de ce domaine.

En Suisse, en 2009, la part des coûts de la santé consacrée aux médicaments se monte à plus de 6 milliards de francs⁶⁴. Ce montant comprend tant les médicaments dont le remboursement est prévu par la LAMal, prescrits par un médecin et figurant sur la liste des spécialités, que ceux pour lesquels l'acheteur assume personnellement la charge de sa propre poche (out-of-pocket). Ce chiffre représente quelque 10% des coûts totaux de la santé et 22% des coûts de l'assurance-maladie sociale obligatoire AOS, en 2009. Ce pourcentage, stable au fil des ans, est peu élevé en comparaison internationale. Par assuré, le coût des médicaments varie selon les régions linguistiques. Il se montait, en 2009, à 585 francs en Suisse alémanique, 762 francs en Suisse romande et à 724 francs au Tessin. Quantitativement, dans la perspective de l'allocation des ressources sanitaires, le médicament constitue certes une dépense importante, mais surtout un élément essentiel à la pratique des soins. Ainsi, une part importante de la population consomme régulièrement des médicaments. Selon une étude de l'Obsan (Roth & Moreau-Gruet, 2011), en 2002, 40,8% de la population suisse consommait au moins un médicament sept jours avant l'enquête ; ils étaient 46,3% en 2007, les femmes étant plus nombreuses (51,3%) que les hommes (41,0%). Et puis, le marché du médicament c'est aussi un secteur économique puissant, qui renvoie à la co-existence d'enjeux et d'intérêts particuliers, souvent contradictoires avec les finalités de politique publique à forte dimension sociale.

S'intéresser à ce que contiennent ces coûts et aux enjeux d'allocation des ressources est une préoccupation centrale dès lors que l'on aspire à appréhender les critères d'économicité, d'adéquation, d'efficacité ou de qualité énoncés par la législation de référence, la LAMal. Les médicaments bénéficient-ils directement à l'amélioration de l'état de santé du patient ? Dans quelle mesure

⁶⁴ Source OFS, catégories retenues : « Médicaments vendus par commerce de détail » et « Médicaments vendus par les médecins » (non incluse la rubrique « Appareils thérapeutiques ». Manque la part des médicaments utilisés dans les hôpitaux.

dépendent-ils, marginalement ou essentiellement, d'autres intérêts, dont économiques ? L'inadéquation des rôles entre demandeur (patient, prescripteur) et payeur génère-t-elle des espaces d'inefficience ? L'innovation dans ce secteur répond-elle toujours à des impératifs de santé publique ? Quelles composantes se retrouvent dans le prix des médicaments ? Les intérêts particuliers des acteurs coïncident-ils avec l'intérêt général propre aux objectifs de santé publique ? Compte tenu de ses caractéristiques particulières, ce marché fonctionne-t-il de manière optimale ?

Ces différentes interrogations montrent que le domaine des médicaments se distingue des autres problématiques abordées dans la recherche. Par le fait que les compétences législatives en la matière sont d'abord fédérales, les cantons n'y jouent qu'un rôle subsidiaire. En outre, ce domaine s'illustre par l'existence d'un marché véritable de biens et services, où s'entrecroisent les mécanismes du marché - présence d'acteurs privés aspirant au profit - et acteurs publics intéressés à la fois par un accès de toute la population aux soins et par une maîtrise des coûts de la santé.

Compte tenu de cette diversité, en regard des objectifs de la LAMal, il s'agit d'apprécier si les ressources publiques allouées pour le paiement des médicaments le sont à bon escient. Très concrètement, l'intérêt des entreprises pharmaceutiques est-il conciliable avec les exigences politiques de soins et haute qualité et de maîtrise des coûts ? En vertu du principe d'économicité énoncé dans la LAMal, si la part des coûts de la santé consacrée aux médicaments apporte une véritable plus-value thérapeutique pour la santé du patient, cette dépense est justifiée. A contrario, en cas de non plus-value thérapeutique ou de plus-value partielle, on postulera que l'allocation des ressources n'est pas optimale. Une part de ces ressources est ainsi dépensée sans réel intérêt pour la santé publique. Celle-ci pourrait donc être réduite ou allouée dans d'autres secteurs du domaine sanitaire.

De nombreux acteurs (autorités fédérales, associations de consommateurs et de patients, presse, organisations internationales), parties prenantes du marché des médicaments ou qui l'observent, ont reconnu qu'en Suisse le prix des médicaments est trop élevé. Le Surveillant fédéral des prix, par exemple, évoque régulièrement cette problématique dans ses rapports annuels. Mais, les revendications sur le prix des médicaments ne proviennent pas seulement des autorités publiques. Ainsi, une initiative populaire (« Pour des médicaments à moindre prix », votée le 4 mars 2001) a été soumise au peuple et a provoqué un vaste débat démocratique. De même, des partenaires se sont également entendus de manière bilatérale pour procéder à des corrections d'incitatifs fondés sur les prix, par la signature de la Convention entre la société suisse des pharmaciens (SSPH) et le concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS) sur la rémunération basée sur les prestations (en 2001). A cette pression sur le prix des médicaments, l'industrie pharmaceutique ne se laisse pas de répondre qu'elle est pourvoyeuse d'emplois et génératrice d'innovation scientifique et de richesse. De toute évidence, elle est un acteur puissant, doté d'un certain prestige économique, national et international.

Au-delà du prix, visible, le marché pharmaceutique fonctionne de manière relativement complexe, intégrant et dépendant de multiples réglementations. De plus, la sécurité sanitaire est une préoccupation centrale, régie notamment par les modalités d'entrée sur le marché des médicaments (admission au prix et remboursement, recommandation ou non-recommandation d'un produit, multiplication des règlements procédures et leviers de contrôles des dépenses pharmaceutiques) (Toumi, 2011). En Suisse, dans cet environnement complexe, par la pression exercée sur le prix du médicament, diverses réformes ont été entreprises. Il s'agit dès lors de comprendre si la législation et son évolution aboutissent à l'établissement de conditions-cadre garantissant une allocation optimale des ressources ou si, au contraire, le cumul des réglementations aboutit à des mesures contradictoires

et des effets pervers. Contrairement aux chapitres précédents, la cohérence est appréhendée non pas en regard d'une norme générale (et de son application), mais dans un cadre exhaustif et pluriel, et dans une perspective temporelle. Car, les réformes dans le domaine des médicaments sont nombreuses. D'où la question centrale : l'agrégation de ces différentes mesures conduit-elle à un ensemble cohérent ?

Si l'allocation des ressources dans le domaine des médicaments n'est pas optimale, il s'agit par l'intermédiaire de réformes législatives de faire tendre le marché des médicaments vers un équilibre profitable pour l'ensemble de la société. Historiquement, plusieurs réformes ont été instaurées pour accroître l'efficacité du marché des médicaments, les intérêts divergents entraînant un équilibre qualifié de sous-optimal. Les réformes entreprises s'inscrivent dans le sens d'une évolution des incitatifs à la baisse des prix au nom l'intérêt général, notamment en raison du fait que les médicaments sont payés par les assurances sociales. Il convient par ailleurs de ne pas étouffer par ces processus l'innovation. L'équilibre est donc subtil à obtenir. Ainsi, la question du médicament est abordée par le prisme du marché et du résultat non-optimal qu'il produit sous l'angle de l'allocation des ressources en santé publique. Les ressources allouées sont alors comprises comme les ressources financières utilisées pour couvrir les coûts des médicaments, en questionnant le bien-fondé en termes de santé publique de (certains de) ces coûts.

Il aurait été possible de s'intéresser à la question de la qualité des médicaments pour lesquels les ressources sont utilisées. Cette approche aurait nécessité des compétences pharmacologiques poussées, dépassant la perspective de la recherche. De même, on ne traitera pas non plus de la problématique du catalogue de prestations et de la prise en charge ou non du remboursement des médicaments par l'assurance obligatoire des soins AOS.

La problématique du médicament est analysée dans une perspective historique, le recul temporel se limitant toutefois à l'entrée en vigueur de LAMal, en 1996. La perspective est donnée par les objectifs généraux de la loi. Des trois objectifs qui caractérisent la LAMal, le principe d'économicité sera plus particulièrement discuté. Il s'agira d'apprécier si les intérêts et incitatifs des différents acteurs s'inscrivent dans cette perspective. Dans le cas où ces intérêts et incitatifs sont contraires aux objectifs généraux de la LAMal, l'assemblage des différentes politiques du médicament serait alors considéré comme source d'incohérence. Ces intérêts ou incitatifs peuvent être analysés selon diverses grilles de lecture propres au domaine du médicament, notamment : la rémunération des acteurs, les génériques, les importations parallèles, les domaines de recherche, l'entrée sur le marché de nouveaux médicaments, le prix des médicaments.

2. Les marchés des médicaments

Le marché des médicaments peut être appréhendé selon une typologie composée de six différents types de marchés. Quelques données chiffrées et les principaux acteurs impliqués dans ces différents marchés seront étudiés. Abecassis et Coutinet (2008) distinguent donc six types de marchés : princeps, générique et over-the-counter (OTC) (ou médicaments en vente libre) suivant la législation sur les brevets, le type de prescription et le mode de prise en charge par les assurances-maladie. Ils sont brièvement présentés ci-après, car ils constituent le cadre de référence incontournable à l'intérieur duquel s'inscrit l'objet d'étude.

2.1. Princeps

L'originalité du marché des préparations originales, appelé « princeps », est double. « D'une part, la demande y est ambiguë puisque les aspects de cette demande (choix, paiement et consommation) sont distincts : le prescripteur est le médecin, le payeur est l'assurance-maladie et le consommateur le patient » (Abecassis & Coutinet, 2008, p.139). D'autre part, par les systèmes de quote-part et de primes d'assurance-maladie, le patient assume une partie du princeps. En matière de demande, les rôles sont brouillés. Ils ne correspondent pas au schéma économique classique sous-tendant le fonctionnement de l'offre et de la demande (publicité interdite, par exemple). La demande, dans le marché des médicaments, se distingue par une asymétrie de connaissance entre le prescripteur et le consommateur, quand bien même le pouvoir décisionnel du patient tend à augmenter grâce au renforcement de ses connaissances découlant d'un meilleur développement de l'information. L'offre pour les princeps se caractérise par une double situation : une offre soumise aux règles du marché concurrentiel dans la phase de recherche et de développement ; puis, une fois le princeps breveté et disponible sur le marché, une offre monopolistique.

2.2. Génériques

Le marché des génériques diffère particulièrement de celui des princeps, l'offre y étant concurrentielle. Une fois le brevet d'un médicament arrivé à échéance, différentes firmes pharmaceutiques peuvent proposer des génériques, générant une concurrence entre la préparation originale et le générique, mais également entre génériques. La situation monopolistique disparaît ainsi. La concurrence ne porte alors plus sur la recherche et le développement, mais sur les coûts de production. Par l'existence des génériques, le rôle du pharmacien prend une nouvelle dimension, celui-ci disposant du droit de substituer un médicament par son générique, ce qui attribue une dimension prescriptive à son travail.

2.3. Over-the-counter

Le marché des « over-the counter » varie selon que ces médicaments sont protégés ou non par un brevet. La protection par le brevet empêche une offre concurrentielle. La demande est multiple. Elle peut émaner directement des patients, des pharmaciens ou des médecins prescripteurs. Les auteurs voient ce marché comme étant à ses débuts « (...) puisque, outre la difficulté d'en délimiter parfaitement les contours, de nombreux freins, comme l'absence de véritable critère de qualité ou la concurrence de médicaments remboursables, en ralentissent la croissance » (Abecassis & Coutinet, 2008, p.121).

Marchés des médicaments : synthèse

Forts de ces différences, les auteurs établissent une synthèse comportant six situations de marché distinctes. Entre les préparations originales et les génériques, la forme du marché (monopolistique ou concurrentiel) en lien avec les droits de propriété intellectuelle, diffère. « A l'inverse, le marché des OTC se différencie de celui des princeps sur les deux critères retenus. Le prix y est défini librement et, même s'il peut agir sur conseil, le patient est le demandeur final » (Abecassis & Coutinet, 2008, p. 122).

Figure 6.1 : Marchés des médicaments : synthèse

Médicaments	Obligatoirement prescrits		Pouvant être prescrits
	Non remboursables	Remboursables	OTC
DPI	<ul style="list-style-type: none"> - Monopole - Prix libre - Demande induite affaiblie^{(a)(b)} <p><u>Monopole administré</u></p>	<p>Princeps</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monopole - Fixation du prix par convention - Demande induite affaiblie^(a) <p><u>Monopole doublement administré</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monopole - Prix libre - Demande autonome <p><u>Monopole</u></p>
Libre de droits	<ul style="list-style-type: none"> - Concurrence - Prix libre - Demande induite affaiblie^{(a)(b)} <p><u>Concurrence administrée</u></p>	<p>Génériques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concurrence - Fixation du prix - Demande induite affaiblie^(a) <p><u>Concurrence doublement administrée</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concurrence - Prix libre - Décision autonome <p><u>Concurrence</u></p>

^(a) Affaiblissement dû au pouvoir de substitution des pharmaciens.

^(b) Affaiblissement dû au pouvoir de décision des patients qui peuvent remplacer la prescription médicale par des OTC.

Source : Abecassis et Coutinet (2007b)

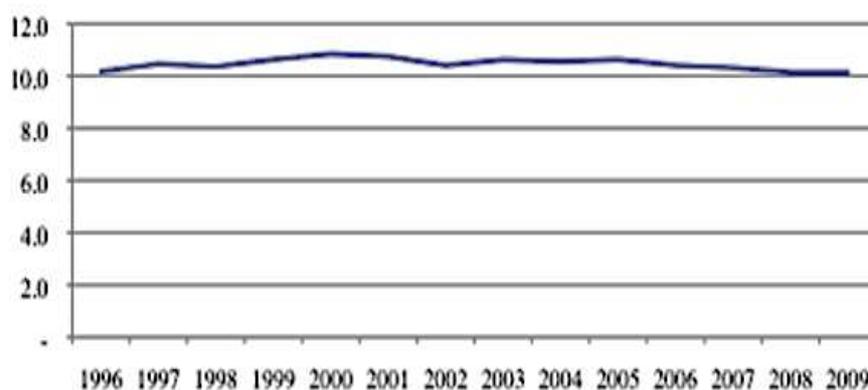
DPI = Droits de propriété intellectuelle

3. Éléments statistiques

3.1. Coûts des médicaments

Globalement, la part dévolue aux médicaments dans les coûts globaux de la santé reste relativement stable au fil des ans. Le graphique ci-dessous illustre cette tendance depuis l'introduction de la LAMal, en 1996. L'augmentation du coût des médicaments subit globalement la même évolution que celle des coûts de la santé.

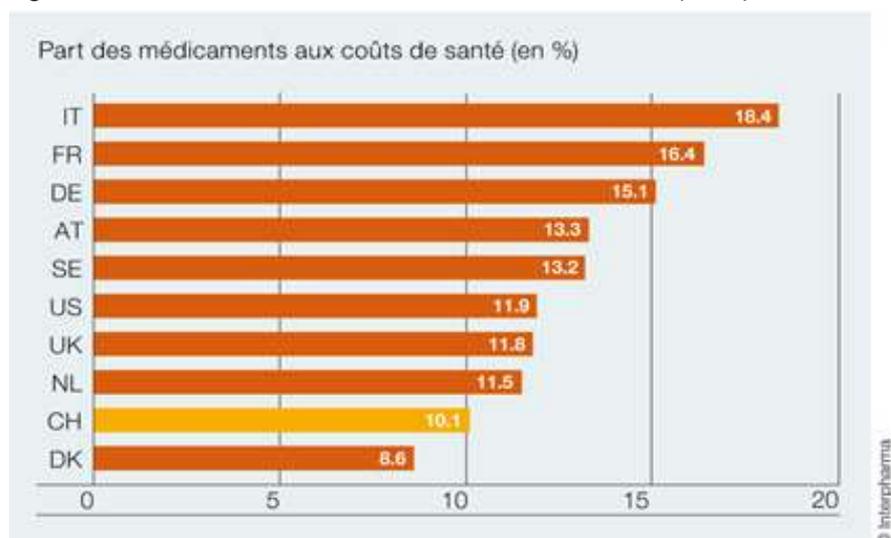
Figure 6.2 : Part des médicaments (hors médicaments dispensés en hôpitaux) rapportés aux coûts totaux de la santé



Sources : OFS, coûts du système de la santé selon les prestations

Le graphique ci-après compare la proportion des médicaments par rapport aux coûts de la santé (et non de l'assurance-maladie, pour la Suisse) dans différents pays membres de l'OCDE. Cette comparaison ne permet toutefois pas de saisir les différences de pratiques entre pays. Pour une même pathologie, certains pays choisiront l'opération, alors que d'autres privilégieront une approche médicamenteuse.

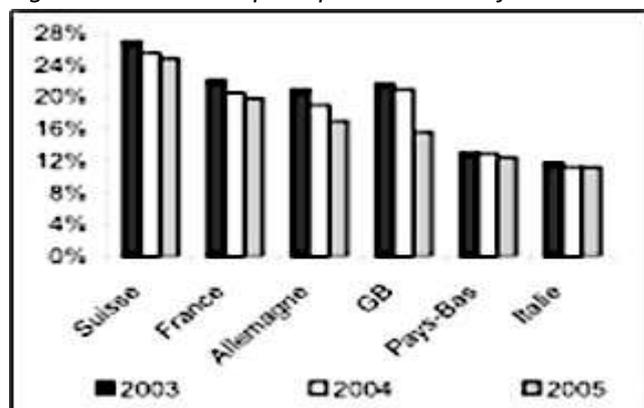
Figure 6.3 : Part des médicaments aux coûts de la santé (en %)



Source: OECD Health Data, 2010. Dernières données disponibles pour CH 2006, DK 2007, NL 2002.

Tels que présentés jusqu'ici, les coûts des médicaments se composent du prix des médicaments, de leur distribution et des honoraires et allocations des professionnels les dispensant. Les médicaments concernés ne sont que les médicaments remboursés par l'assurance obligatoire de soins AOS. Or, le marché des médicaments se distingue par ses diverses formes, notamment la question des médicaments OTC (over the counter), dont le coût est à charge des consommateurs (out of pocket). Les pratiques en matière de médicaments sont fort différentes selon les pays. Il n'est pas aisé de fournir une comparaison robuste. Le graphique ci-dessous émane d'ailleurs d'une étude française.

Figure 6.4 : Part des pratiques médicales facultatives dans le marché total (en %)



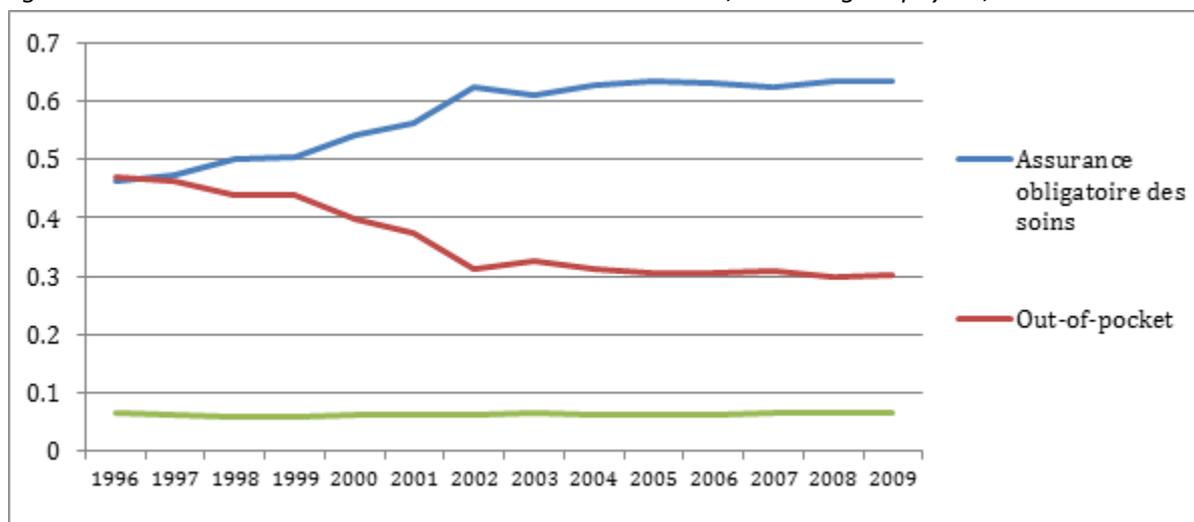
Source : Coulomb & Baumelou, 2007, p.8

Une pratique médicale facultative consiste au recours à un ou plusieurs médicaments dispensés en pharmacie, mais non prescrits par un médecin. La méthodologie n'est pas expliquée par les auteurs, mais le résultat montre que la Suisse se distingue des autres pays par un taux élevé, avec par ailleurs une tendance à la baisse pour les pays comparés.

Cette diminution se reflète dans d'autres indicateurs. Comme mentionné, il existe différents canaux de distribution des médicaments en Suisse (pharmaciens, médecins dispensant et hôpitaux) et différents agents payeurs assumant le remboursement des médicaments. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de la part des médicaments, en francs, vendus dans les commerces de détail et remboursés par la LAMal. Depuis l'introduction de la LAMal, la part des médicaments remboursée par l'AOS est en

constante augmentation jusqu'en 2002, puis se stabilise. La part des médicaments remboursés par les autres assurances restant quasiment stable, par effet symétrique, la part des médicaments payés par le consommateur se réduit d'autant que celle prise en charge par l'AOS augmente.

Figure 6.5 : Médicaments vendus dans le commerce de détail, selon l'agent payeur, années 1996 - 2009



Sources : OFS, Coûts du système de système de santé selon les prestations et l'agent payeur

3.2. Emplois et valeur ajoutée

On ne saurait considérer le domaine des médicaments sous le seul angle des coûts pour l'assurance obligatoire et le patient - consommateur. L'industrie pharmaceutique est également un secteur économique important, pourvoyeur d'emplois, générateur de recherche et d'innovation, producteur de richesse. La statistique officielle ne permet pas une approche chiffrée exacte de cet impact économique. Les données ci-après, issues d'un mandat d'Interpharma, mesurent ce secteur en 2010.

Tableau 6.1 : Industrie pharmaceutique en Suisse, 2010

	Importance directe	Importance indirecte	Total
Valeur ajoutée brute en millions de CHF	14'800	14'400	29'200
Valeur ajoutée brute rapportée au % du total suisse	2.9%	2.8%	5.7%
Nombre de personnes actives	36'700	98'600	135'300
Nombre de personnes actives rapporté au % du total suisse	0.8%	2.2%	3.0%

Source : Vaterlaus, Suter & Fischer, 2011, p. 5

Dans le temps, on observe une croissance soutenue du nombre de personnes actives dans le secteur, supérieure à la croissance moyenne des emplois, de manière générale.

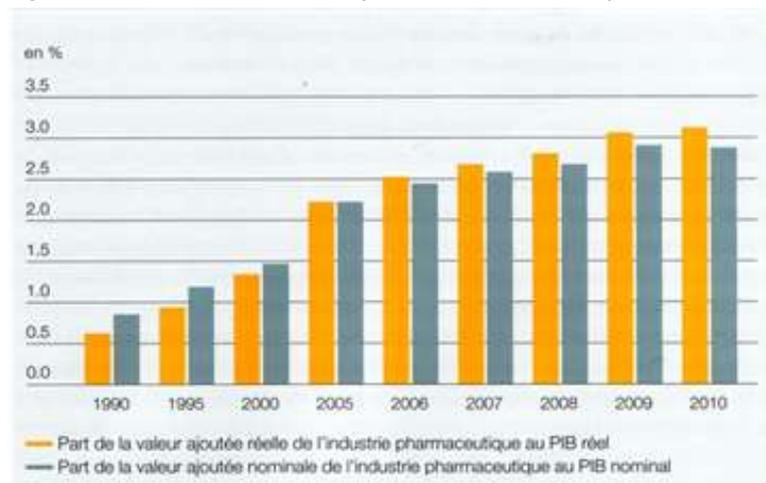
Figure 6.6 : Personnes actives dans l'industrie pharmaceutique, Suisse, 1990 - 2008



Source: Polynomics, BAK Basal Economics, 2009.

La croissance de l'industrie pharmaceutique se retrouve également dans sa contribution à la valeur ajoutée suisse. Le graphique ci-dessous décrit, en pourcent, la part de valeur ajoutée produite par l'industrie pharmaceutique rapportée à l'entier du PIB suisse.

Figure 6.7 : Part de la valeur ajoutée de l'industrie pharmaceutique au PIB, 1990 - 2010



Source: Polynomics, BAK Basal Economics, CFB.

Ces différents éléments exprimant la spécificité du secteur et son impact quantitatif sont incontournables et doivent être pris en considération dans l'analyse. Ils influencent en effet directement la discussion en matière d'allocation des ressources de santé. Entre enjeux d'utilisation optimale des ressources, notamment des assurances sociales, et soutien à un secteur économique puissant, les tensions sont vives. Elles renvoient clairement à la cohérence décisionnelle des politiques de santé publique.

4. Acteurs

En règle générale, trois acteurs principaux jouent un rôle central dans le domaine des médicaments : l'Etat, l'industrie, le patient - consommateur. S'y limiter serait cependant réducteur. Ainsi, sont également considérés dans l'analyse les patients - consommateurs, l'industrie pharmaceutique, les autorités étatiques, les médecins, les pharmaciens. Cela n'en fait cependant pas encore une liste

exhaustive. La société civile, les lobbys et autres think tank n'y figurent pas. Or, il est évident qu'ils ont une influence sur les débats politique d'allocation des ressources.

4.1. Le patient - consommateur

L'intérêt prépondérant du patient est de bénéficier des meilleurs traitements et médicaments. S'agissant des médicaments remboursés par l'assurance-maladie AOS, le patient n'a pas (ou peu) à s'intéresser à la question de la détermination du prix, puisqu'il ne paie pas directement le médicament consommé. En ce sens, les mesures de maîtrise des coûts de santé décidées par les autorités politiques peuvent apparaître au patient comme contraires à son intérêt premier et à la qualité des soins. Pourtant, celui-ci est également un assuré concerné par la hausse des coûts, qui se répercutent sur le montant de sa prime et de sa participation aux coûts. Il a donc également un avantage à ce que les ressources soient allouées de manière optimale.

Du point de vue de la théorie économique, le patient - consommateur de médicaments est atypique, car il n'a personnellement « ni propension, ni réel intérêt » à faire jouer la concurrence, susceptible d'exercer une pression à la baisse sur les prix, donc les coûts. D'une part, il ne paie pas directement le médicament ; d'autre part, il n'est pas détenteur de la décision de choisir, puis d'acquérir les médicaments. En effet, le médecin est à l'origine de l'acte de prescription, tant pour ce qui relève du type de substance que de sa quantité. Financièrement, « le système économique sanitaire exclut le patient : médecins, pharmaciens et autres prestataires de soins peuvent répercuter une marge de frais sur leurs tarifs (entre autres pour la formation continue ou la fourniture de données statistiques), les assureurs sur leurs primes et l'Etat sur les impôts » (Forum Santé Gesundheit, 2000). Le patient ne possède pas cette liberté.

Toutefois, les modes de consommation individuelle de médicaments évoluent. Par les nouvelles technologies d'information et le travail des associations de patients ou par le renforcement de son attitude critique, le patient renforce son degré de connaissance et de compréhension du traitement (empowerment), tentant de réduire ainsi l'asymétrie d'information envers les professionnels de la santé. De plus, l'arrivée sur le marché de génériques accroît un nouveau pouvoir décisionnel au patient, qui peut choisir entre différents médicaments contenant la même substance active. Pourtant, sa capacité de jugement et son dépendance ne doivent pas être surestimées.

4.2. L'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique rassemble différentes entreprises privées, en concurrence les unes aux autres, mues dans le contexte de l'économie libérale par la recherche du profit. Les impératifs de rentabilité et de retours sur investissement déterminent leur champ d'action et leurs domaines et priorités de recherche. Objectivement, l'altruisme n'est pas de mise. « Loin d'enrichir l'arsenal thérapeutique permettant de lutter contre les grandes épidémies qui touchent une grande partie de la population mondiale, les laboratoires pharmaceutiques visent au développement de médicaments à forte rentabilité, même si ceux-ci ne permettent de satisfaire qu'une demande de confort » (Grelaud, Almeras, Bohan & Dussard, 2008). La recherche et le développement de nouveaux médicaments ou de substances actives s'inscrivent dans la perspective d'un mode de rétribution valorisant davantage la vente du produit que le progrès thérapeutique éventuel qu'il peut générer. Cette quête de profit peut être entravée par l'action des Etats nationaux, ceux-ci étant « (...) confrontés aux problèmes de la

maîtrise des dépenses de santé et du financement des systèmes de couverture sociale » (Grelaud, Almeras, Bohan & Dussard, 2008) .

Dans une perspective de croissance, la recherche et le développement de nouvelles substances, puis leur commercialisation, font figure de nécessités pour les entreprises pharmaceutiques. La recherche de nouveaux marchés, supposés rentables, est incontestablement une stratégie économique. Pour accroître ses profits sur un médicament donné, l'industrie pharmaceutique peut ainsi agir soit sur le prix du médicament, soit sur le volume vendu. Dès lors, la question des brevets est centrale pour les entreprises pharmaceutiques. Tant que les médicaments sont protégés, l'entreprise possédant le brevet jouit d'une situation monopolistique. Une fois, le médicament « tombé » dans le domaine public, chaque entreprise peut en produire et la concurrence réduit les marges de profits d'entreprises jouissant jusque-là d'une situation de monopole.

4.3. Les autorités étatiques

Comme dans tous les autres secteurs du système de santé, en matière de politique du médicament, les autorités politiques et administratives se doivent de garantir à la population un accès équitable aux médicaments et une utilisation optimale des ressources collectives (publiques et des assurances sociales). De plus, outre l'accès, les autorités doivent vérifier que les médicaments sont conformes aux impératifs de sécurité, de qualité et d'efficacité. Sur le plan économique, l'Etat a pour mandat de faire en sorte que les dépenses à charge de l'assurance-maladie soient maîtrisées (exigence LAMal). Pourtant, il lui revient également de soutenir l'activité économique générée par l'industrie pharmaceutique, pourvoyeuse d'emplois, d'innovation, de richesse. L'Etat se trouve par conséquent contraint de gérer des intérêts divergents, ce qui ne va pas de soi et s'avère problématique du point de vue de la cohérence des politiques de santé.

4.4. Le médecin

Le médecin, par sa prescription, est au cœur du cheminement de la consommation du médicament. Il lui revient, compte tenu de l'état de santé de son patient, de choisir le traitement et le médicament adéquats. Il est le seul acteur à disposer du droit de prescription. Le pouvoir décisionnel qui lui est conféré l'oblige à connaître l'offre existante et à suivre son évolution. L'empowerment du consommateur de médicaments l'incite également à aller dans ce sens. En outre, en disposant du rôle de prescripteur, le médecin reçoit une large « information » de la part des industries pharmaceutiques, qui cherchent notamment à faire connaître et prescrire leurs nouveaux médicaments⁶⁵. Cette information peut prendre la forme de diffusion d'échantillons, de brochures, de participation à des colloques, par exemple. La législation régleme cette information, mais des zones grises subsistent. Les risques de corruption sont réels. Enfin, il convient de rappeler la situation particulière qui prévaut en Suisse où, selon les cantons, la possibilité est laissée aux médecins de vendre directement les médicaments par la pratique de la propharmacie. Le médecin qui pratique la propharmacie endosse donc un double rôle, celui du prescripteur et du dispensateur. L'apport financier de la vente des médicaments fait partie de son revenu. Cette situation n'est pas sans poser problème. Les conflits d'intérêts sont indéniables.

⁶⁵ Rappelons que la publicité à destination du grand public est un facteur d'exclusion de la liste des spécialités, contrairement à la publicité réalisée auprès des professionnels, fournisseurs de soins.

4.5. Le pharmacien

Le pharmacien est l'intermédiaire privilégié entre le patient et le médecin prescripteur. Il lui revient de dispenser le médicament. Lors de l'acte de dispensation, il assume une responsabilité de sécurité sanitaire sous l'angle du contrôle des prescriptions (contre-indications, interactions) et de son bon usage. Par son statut d'acteur privé, il est contraint également de garantir l'équilibre financier de son entreprise. En ce sens, il propose dans son officine différents médicaments (remise sur ordonnance et médicaments en vente libre). L'intérêt qu'il en retire diffère selon les types de médicaments et le marché dans lequel il évolue.

5. L'évolution historique du marché des médicaments

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le marché des médicaments a subi de nombreuses évolutions, caractérisées par différentes réformes législatives. De plus, divers accords ont été passés entre certains acteurs du système, contribuant aussi aux développements et à l'orientation du marché. Ces changements touchent tant la question du prix des médicaments que les pratiques de prescription ou de remboursement. Les étapes principales (non exhaustives), qui caractérisent cette évolution, sont appréhendées ci-après de manière chronologique.

A. « 1998 » Révision partielle de la LAMal : droit de substitution

Le Conseil fédéral adopte, deux ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, une première révision partielle de la loi (Conseil fédéral, 1998). Cette révision intègre à l'article 52a le droit de substitution pour le pharmacien. « Le pharmacien peut remplacer des préparations originales de la liste des spécialités par des génériques meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale. Il informe la personne qui a prescrit la médication de la préparation qu'il a délivrée. » L'introduction du droit de substitution constitue le contre-projet gouvernemental à l'initiative populaire intitulée « Pour des médicaments à moindre prix » demandant pour les médicaments à charge de l'assurance-maladie une substitution obligatoire par le médicament au prix le plus avantageux. L'Assemblée fédérale adoptera la révision partielle de la LAMal le 24 mars 2000. Le droit de substitution entre en vigueur le 1er janvier 2001, simultanément à l'introduction d'une rémunération du pharmacien à la prestation, indépendamment du prix du médicament (art. 25, al. 2, let. h. LAMal).

Accord sur les médicaments inscrits sur la liste des spécialités depuis plus de 15 ans

L'Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS, art. 37, al. 1.) prévoit un réexamen du prix des médicaments inscrits dans la liste des spécialités depuis plus de 15 ans. Celui-ci est appliqué par une comparaison des prix pratiqués en Suisse avec ceux de trois pays aux structures économiques comparables, soit l'Allemagne, les Pays-Bas et le Danemark. Si l'examen révèle que les prix pratiqués en Suisse sont trop élevés, l'Office fédéral compétent peut décider leur diminution. Un accord est conclu entre les autorités fédérales et l'industrie pharmaceutique, le 1er octobre 1998, pour réduire le prix de cette catégorie de médicaments. Il entre en vigueur le 1er janvier 1999. Pour le Conseil fédéral, il « (...) permet de réaliser dans l'assurance obligatoire des soins des économies de l'ordre de 200 millions de francs par an. En effet, les prix d'environ 1000 médicaments

dont le brevet est arrivé à échéance ont été réduits de 18% en moyenne par rapport aux prix anciennement en vigueur » (Conseil fédéral, 1999b) .

B. « 2000 » Dissolution de Sanphar

Le 7 juin 2000, la commission fédérale de la concurrence Comco, qui succède à la commission des cartels, décide de l'interdiction de l'association Sanphar, dissoute le 21 juin suivant. Cette association « [régla]it de manière cartellaire la distribution des médicaments à tous les échelons du marché – au niveau des producteurs et importateurs, des grossistes, des pharmaciens et droguistes, jusqu'aux médecins dispensant des médicaments » (Commission de la concurrence, 2000). La Sanphar, anciennement appelée la « Réglementation », émanait de la volonté de fabricants de médicaments et de pharmaciens de se regrouper, en 1920, au sein d'une association faîtière avec pour but d'harmoniser certaines pratiques relatives au marché des médicaments. Au fil du temps, le rôle de la Réglementation évolue. L'association « (...) ne se contentait pas de quelques services pratiques fournis à ses membres. Elle formulait un ordre du marché complet qui réglait aussi bien les prix et les marges que l'accès même au marché. L'inclusion des pharmaciens et des médecins au travers de leurs organisations faîtières faisait de cette organisation un facteur déterminant du marché auquel seules quelques rares firmes osaient se soustraire » (Boschetti, Gobet, Hunkeler & Muheim, 2006, p.112), parmi lesquelles les fabricants de génériques, accordant des rabais parfois importants. La décision de la Comco supprime en ce sens des entraves à la concurrence. Elle postule que le banissement des pratiques cartellaires exercera une pression sur les prix.

C. « 2001 » Révision de l'OPAS

La première version de l'ordonnance d'application LAMal (OPAS, 1995, art. 35, al. 1) intègre une méthode de simulation de marché par laquelle le prix des médicaments en Suisse est comparé avec une corbeille de trois pays de référence. La comparaison des prix est établie sur la base du prix public. La révision de l'OAMal du 2 octobre 2000 prévoit que dès le 1er janvier 2001, cette comparaison se fasse sur la base du prix de fabrique (art. 35, al. 1 OPAS). En outre les pays qui composent le panier de comparaison sont désormais nommés dans l'Ordonnance et complétés : « La comparaison est établie avec l'Allemagne, le Danemark, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas. Les pays subsidiaires sont la France, l'Autriche et l'Italie ; les prix pratiqués dans ces pays peuvent tenir lieu d'indicateurs généraux. La comparaison peut être établie avec d'autres pays » (art. 35, al. 2 OPAS).

Initiative populaire « Pour des médicaments à moindre prix »

Le peuple suisse s'est prononcé, le 4 mars 2001, sur l'initiative populaire « Pour des médicaments à moindre prix », lancée en 1997. Les initiants entendent ainsi faire baisser le prix des médicaments de deux manières. D'une part, les médicaments – avec ou sans ordonnance - autorisés à la vente dans 4 pays limitrophes (Allemagne, Autriche, France, Italie) peuvent être distribués en Suisse sans qu'un contrôle supplémentaire ne soit requis. D'autre part, pour une substance donnée, seul le médicament le moins cher est remboursé par l'assurance-maladie. Pour les initiants, ces deux mesures devraient permettre d'économiser 5% sur les 4,5 milliards de francs qui constituent alors le marché des médicaments (Conseil fédéral, 1999c). Le Conseil fédéral met en doute cette estimation et s'oppose à l'initiative. Il argue que la révision de la LAMal, incluant le droit de substitution, facilite la remise de préparations génériques. En outre, il considère que la nouvelle loi sur les agents thérapeutiques devrait « [tenir] davantage compte des résultats des examens réalisés dans des Etats dont les autorisations ont

la même valeur qu'en Suisse [et] rendre possible l'importation parallèle de médicaments à certaines conditions » (Conseil fédéral, 1999b). Cette initiative est repoussée par 69,1% des votants (taux de participation de 55,7%) et l'ensemble des cantons.

Rémunération basée sur les prestations

La dissolution de Sanphar, en 2000, et l'ordre du marché que l'association imposait, nécessite la création d'un nouvel arrangement sur le prix du médicament. Celui-ci est conclu le 1er juillet 2001 par la signature d'une Convention entre la Société suisse des pharmaciens et le Conordat des assureurs maladie CAMS (pré-santésuisse) portant sur l'introduction d'une rémunération basée sur les prestations (RBP), repris par l'Office fédéral de la santé publique OFSP, pour construire le prix maximum des médicaments figurant sur la liste des spécialistes LAMal (LS).

Ce nouveau système concerne les médicaments soumis à ordonnance et pris en charge par l'assurance-maladie AOS. Le prix du médicament comporte deux composantes distinctes. D'une part, le prix officiel du médicament tel qu'arrêté dans la liste des spécialités. Ce prix inclut le prix du fabricant (prix ex-usine) et une marge de distribution, dont le but est de couvrir les frais de logistique. D'autre part, le prix comporte également une rémunération pour le travail fourni par les pharmaciens, en tant que prestataires de services reconnus par la LAMal. Cette partie est indépendante du prix officiel du médicament et réglée par l'accord sur la rémunération RBP, qui « se compose de la taxe pharmacien (vente, contrôle, conseil donné lors de la remise d'un médicament, remplacement éventuel par un générique) et de la taxe patient (tenue d'un dossier patient) » (DFI, 2002) . Selon le Conseil fédéral, « cette nouvelle réglementation offre une plus grande transparence en matière de coûts des médicaments. Elle permet de faire une distinction claire entre les conseils et le travail du pharmacien, les coûts de la fabrication et de la distribution des médicaments » (DFI, 2002).

D. « 2002 » Loi sur les produits thérapeutiques

Lors des débats sur l'initiative populaire de 2001, le Conseil fédéral évoque l'élaboration de la Loi sur les produits thérapeutiques (LPT_h), qui est adoptée le 15 décembre 2000 et entre en vigueur en 2002. Elle dote la Suisse d'un instrument législatif moderne et harmonisé, régissant le contrôle et la sécurité des médicaments. Cette loi, pour la première fois, soustrait le contrôle des médicaments des compétences cantonales et l'élève au rang fédéral.

La loi LPT_h instaure l'Institut suisse des produits thérapeutiques, qui regroupe l'ancienne Unité principale agents thérapeutiques de l'OFSP et l'OICM (Office intercantonal des médicaments), appelé Swissmedic. Ainsi, pour les autorités fédérales, cet institut « [met] en place un contrôle des produits thérapeutiques efficace et d'un coût avantageux, en confiant à un organisme unique la compétence en matière d'autorisations de mise sur le marché et de contrôle des produits thérapeutiques» (Conseil fédéral, 1999a). Il joue un rôle central dans le domaine des médicaments. La LPT_h règle également l'importation parallèle des médicaments, pratique interdite jusque-là « pour des raisons relevant de la possibilité en matière de police sanitaire (art. 14, al. 2), fondée sur le principe « une préparation – un distributeur ». Le Conseil fédéral estime que cette interdiction peut être assouplie, mais à des conditions bien définies, propres à garantir la sécurité des médicaments et la protection des patients » (Conseil fédéral, 1999a). Pour être importé par un deuxième distributeur, le médicament ne doit pas être protégé par un brevet et être préalablement autorisé par Swissmedic. Alors, il bénéficiera d'une procédure simplifiée d'autorisation de mise sur le marché.

L'article 14, al. 2 LPTH précise que cette procédure simplifiée peut être obtenue : « a. si ce médicament répond aux exigences posées pour le médicament qui fait déjà l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en Suisse, notamment à celles concernant l'étiquetage et l'information mentionnées à l'art. 11 ; b. si cet autre responsable de la mise sur le marché d'un médicament est en mesure de garantir de façon durable que tous les médicaments dont il assure la distribution et pour lesquels il a obtenu une autorisation de mise sur le marché remplissent les mêmes exigences de sécurité et de qualité que ceux du premier requérant ».

Cette modification législative transforme le paradigme en vigueur selon lequel un seul fabricant ou importateur pouvait commercialiser un produit en Suisse. Désormais, la LPTH permet qu'un même médicament puisse être importé par plusieurs entreprises. Les autorités fédérales activent ainsi un mécanisme du marché pour stimuler la concurrence.

E. « 2004 » Echec de l'élargissement du droit de substitution

La révision de la LAMal initiée par le Conseil fédéral (projet Managed Care, du 15 septembre 2004) intègre une partie consacrée aux médicaments. L'article 52a, al. 2 et 3 modifie l'article initial sur le droit à la substitution d'un médicament. Il prévoit que : « A propriétés égales pour le patient, un médicament avantageux lui sera prescrit et remis. (...) 3) Lorsqu'un médicament est prescrit sous son principe actif, une préparation adéquate avantageuse est remise au patient ». Ces deux mesures découlent de la volonté d'assurer une meilleure maîtrise des coûts liés aux médicaments. Le message relève que deux mesures ont été préconisées ces dernières années afin de maîtriser les coûts, soit l'obligation de prescrire des principes actifs plutôt qu'un médicament spécifique et la remise des médicaments meilleurs marché. En outre, le Conseil fédéral rappelle qu'il « (...) s'est prononcé à plusieurs reprises pour la promotion des génériques, mais a également toujours affirmé son opposition à l'obligation de substitution » (Conseil fédéral, 2004) . Le Conseil fédéral ne sera pas suivi par les Chambres fédérales. Les deux alinéas sont en effet biffés lors des débats parlementaires.

F. « 2005 »

Malgré ces diverses évolutions, les discussions et revendications sur le prix des médicaments demeurent vives. Assureurs, associations de patients ou de consommateurs, partis politiques, professionnels de la santé y participent. Dans ce contexte, les autorités sanitaires, politiques et administratives, subissent des pressions considérables, qui expliquent leurs nombreuses interventions.

Accord entre l'OFSP et l'industrie pharmaceutique

Le 13 septembre 2005, l'OFSP annonce un accord avec l'industrie pharmaceutique, soit l'Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche (Interpharma), l'Union suisse des fabricants de génériques (Intergenerika) et l'Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse (Vips), sur un train de mesures visant à baisser le prix des médicaments (OFSP, 2005a). Ces mesures se rapportent aux préparations originales et aux génériques. Les mesures immédiates distinguent les médicaments figurant sur la liste des spécialités avant et après 1990. Pour ceux intégrés avant 1990, l'accord prévoit un nouvel examen pour les préparations originales et les génériques correspondants. Le prix des génériques devra être inférieur d'au moins 15% à celui des préparations originales. Les partenaires estiment le niveau des économies à environ 100 millions de francs. Les médicaments inscrits sur la liste des spécialités après 1990 et dont le brevet est déjà arrivé à expiration, seront soumis à un

nouvel examen. Le prix des génériques correspondant sera adapté en conséquence et devrait être inférieur d'au moins 30% par rapport au prix des préparations originales. Les économies escomptées se montent à 150 millions de francs. En outre, l'accord inclut un nouvel examen deux ans après l'expiration du brevet. Ce nouvel examen fera passer le nombre de contrôles sur le prix de 3 à 4⁶⁶ et permettra d'intégrer la situation concurrentielle à l'étranger (OFSP, 2005b).

Révision de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Cette révision, arrêtée le 9 novembre 2005, introduit une différence dans la quote-part payée par le consommateur suivant qu'il opte pour une préparation originale ou pour un générique (art. 38a OPAS). La quote-part sur les coûts dépassant la franchise pour les préparations originales se monte à 20% lorsque celles-ci peuvent être substituées par des génériques. Au contraire, la quote-part pour les génériques est de 10%. Cette mesure vise à promouvoir l'usage des médicaments génériques et s'articule sur une incitation financière sur le patient - consommateur. Des exceptions sont toutefois prévues. L'alinéa 2 de l'article 38a OPAS précise que si le prescripteur exige expressément, pour des raisons médicales, la préparation originale, la quote-part plus élevée ne s'applique pas. Celle-ci n'est pas appliquée non plus aux préparations originales si les génériques figurant sur la liste des spécialités dont le prix n'est pas inférieur de 20% de celui de la préparation originale correspondante. Les économies sont estimées entre 100 et 150 millions de francs par année (OFSP, 2006).

G. « 2007 » Modification de l'OAMal

Le 27 juin 2007, le Conseil fédéral révisé l'OAMal par l'introduction de son article 65a, qui modifie le délai du premier réexamen du caractère économique du médicament figurant sur la liste. Alors que jusque-là cet examen avait lieu 24 mois après l'inscription, la modification le repousse à 36 mois. Le Conseil fédéral estime que « l'écart actuel de deux ans, rend (...) difficile la prise en considération de l'évolution scientifique ainsi que l'évolution des prix sur le marché européen » (OFSP, 2007, p.7).

De plus, la modification de l'OAMal est accompagnée de dispositions transitoires complétant des modifications antérieures de l'ordonnance. Ainsi, il est prévu un réexamen extraordinaire des médicaments admis sur la liste des spécialités entre 1993 et 2002. Cet examen est imposé par le rythme de réexamens sur la base des prix pratiqués à l'étranger qui, jusque-là, n'ont pas concerné les médicaments inscrits sur la liste des spécialités entre 1993 et 2002. Loin d'être anodine, cette mesure concerne 1000 médicaments « dont 17 font partie des 20 médicaments les plus vendus » (Kraft, 2007). Et puis, une vérification de l'extension des indications pour les médicaments inscrits sur la liste des spécialités avant 2006 est demandée. Il n'est en effet pas rare que l'usage de certains médicaments initialement prescrits pour un traitement voient leurs indications s'étendre au traitement d'autres pathologies. Par conséquent, ces médicaments génèrent dès lors un chiffre d'affaire plus élevé que celui initialement présenté.

En 2006, le Conseil fédéral a modifié l'article 66 OAMal (26 avril 2006) et imposé une nouvelle révision de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité pour les médicaments auxquels Swissmedic a autorisé une nouvelle indication. Les médicaments inscrits sur la liste des spécialités avant 2006

⁶⁶ Jusqu'ici, le prix du médicament était contrôlé à trois reprises, lors de son admission sur la liste des spécialités (1), deux ans après cette inscription (2) et finalement lors de l'expiration du brevet (3).

n'étaient toutefois pas concernés par cette mesure. Or « la situation est insatisfaisante car, avant cette date, relativement peu de médicaments avec limitation ont été admis, mais les indications ont été fréquemment étendues » (OFSP, 2007). Cette mesure généralise le contrôle des prix à tous les médicaments dont les indications ont changé, même ceux entrés sur la liste des spécialités avant 2006.

H. « 2008 » Modification de la Loi fédérale sur les brevets

La question des importations parallèles de médicaments relève de la loi sur les produits thérapeutiques LPT entrée en vigueur en 2002. Les importations parallèles de médicaments étaient alors autorisées sous certaines conditions, notamment ne pas bénéficier de la protection d'un brevet. Le 19 décembre 2008, le Parlement modifie la Loi fédérale sur les brevets (LBI) et prévoit (art. 9a al. 1) que « lorsqu'une marchandise brevetée est mise en circulation en Suisse ou dans l'Espace économique européen par le titulaire du brevet ou avec son accord, elle peut être importée et utilisée ou revendue en Suisse à titre professionnel », ce qui ouvre l'autorisation d'importation parallèle de produits brevetés issus de l'espace économique européen. Cette disposition va au-delà de ce que prévoit la LPT. Le Parlement, en optant pour l'épuisement régional unilatéral, désavoue ainsi la position du Conseil fédéral qui, dans son message du 21 décembre 2007, marquait son attachement au principe de l'épuisement national. Ce principe d'épuisement national veut que le titulaire des droits peut faire valoir ses droits de ne pas commercialiser le produit dans un pays et que des importations parallèles en provenance d'un pays où le produit est commercialisé ne sont pas licites. L'épuisement national est le régime majoritairement appliqué dans les pays industrialisés. A l'inverse, dans le cas de l'épuisement international, le titulaire des droits de protection ne peut interdire une importation parallèle une fois le produit protégé mis en circulation à l'étranger.

Cette nouvelle disposition légale est complétée par un alinéa 5, qui dit : « Nonobstant les al. 1 à 4, une marchandise brevetée ne peut être mise en circulation en Suisse qu'avec l'accord du titulaire du brevet lorsque, en Suisse ou dans le pays de mise en circulation, le prix de cette marchandise est imposé par l'Etat ». Cela permet une exception en faveur des produits dont le prix est fixé par l'Etat. L'exception correspond précisément aux médicaments figurant sur la liste des médicaments dont le prix est fixé par les autorités étatiques. En ce sens, les importations parallèles de médicaments encore protégés par un brevet restent interdites.

I. « 2009 » Paquet de mesures

Le 1er juillet 2009, le Conseil fédéral décide d'un paquet de mesures visant à baisser le prix des médicaments (OFSP, 2009). Elles touchent divers aspects du marché des médicaments et affinent d'autres réformes antérieures et entreront en vigueur en mars 2010. Ce sont :

- Une baisse de la part du prix relative à la distribution du médicament. Cette part se basait sur la structure des coûts d'une pharmacie moyenne en Suisse en 2000. Or, le Conseil fédéral estime que des changements justifiant une révision sont intervenus, notamment la baisse du délai de règlement des factures et la diminution des taux d'intérêt.
- Un élargissement du panel des pays utilisés pour le réexamen de l'économicité d'une préparation, qui comprend désormais la France et l'Autriche (aux côtés de l'Allemagne, du Danemark, des Pays-Bas et de la Grande-Bretagne).
- La mise en place d'un réexamen périodique triennal sur la base des critères d'adéquation, d'efficacité et d'économicité pour chaque préparation figurant sur la liste des spécialités.

- Un réexamen extraordinaire du prix des médicaments de tous les médicaments admis sur la liste des spécialités entre 1955 et 2006 sur la base de leur prix de fabrique.
- Un réexamen immédiat du prix du médicament en cas de nouvelle extension des indications (et non pas 7 ans après comme dans la précédente réforme).
- Une révision de la fixation du prix des génériques lors de leur admission sur la liste par rapport aux préparations originales qui tient désormais compte du volume du marché lors de l'échéance du brevet de la préparation originale (voir tableau ci-dessous).

Tableau 6.2 : Volume de marché de la prescription originale et différence de prix minimale entre le générique et la préparation originale

Volume de marché de la prescription originale	Différence de prix minimale entre le générique et la préparation originale
Inférieur à 8 millions de francs	20%
Compris entre 8 et 16 millions de francs	40%
Supérieur à 16 millions de francs	50%

Ce nouveau train de mesures est particulièrement vaste. Le Conseil fédéral reprend et affine différentes mesures qu'il avait déjà été instaurées préalablement.

J. « 2011 »

Au début de l'année 2011, le Conseil fédéral modifie à nouveau l'OAMal et l'OPAS en reprenant deux règles introduites antérieurement.

Révision du prix des génériques

Lors de l'introduction du « paquet de mesures », en 2010, (voir ci-avant), l'écart de prix entre génériques et préparations originales était prévu selon un modèle comportant trois paliers. Une année plus tard, la révision augmente de trois à cinq le nombre de ces paliers. Cette mesure contient un potentiel d'économies estimé par le département fédéral de l'intérieur à 69 millions de francs (prix de fabrique) ou 100 millions de francs (prix publics) (DFI, 2011, p.4).

Assouplissement de la quote-part différenciée

De plus, le Conseil fédéral révisé une fois encore la quote-part différenciée entre génériques et préparations originales. La possibilité de rachat introduite ultérieurement permettait d'appliquer une quote-part de 10% d'une durée illimitée pour les préparations originales lorsque leur prix est inférieur d'au moins 20% par rapport aux deux tiers des génériques correspondants. Cette révision n'opère plus de distinction entre génériques et préparations originales. La quote-part de 20% est désormais appliquée aux médicaments « dont le prix maximal dépasse de plus de 20% la moyenne des prix maximaux du tiers le plus avantageux et tous les médicaments contenant la même substance active et figurant dans la liste des spécialités » (DFI, 2011, p.7). Tous les médicaments se situant au-dessous de cette limite bénéficient de la quote-part de 10%. Désormais, les différentes préparations se trouvent sur un pied d'égalité. En outre, le principe de rachat introduit par l'article 38a OPAS permet à une préparation originale de bénéficier d'une quote-part de 10% durant deux ans si son prix est baissé en une fois au niveau des génériques lors de l'échéance du brevet.

Le potentiel d'économies, calculé sur la base de ce changement et incluant également d'autres points techniques, est estimé cette fois-ci à 91,7 millions de francs (prix de fabrique) ou 130 millions de francs (prix public) (DFI, 2011, p.8).

K. « 2012 »

En mars 2012, le Conseil fédéral approuve de nouvelles modifications de la législation relative au prix des médicaments. Les ordonnances OAMal et OPAS permettront notamment d'adapter les mécanismes d'évaluation des prix des médicaments en tenant compte des fluctuations des taux de change. Le but de cette démarche est de résorber les fluctuations importantes des taux de change défavorables à l'industrie pharmaceutique et d'obtenir des économies dont bénéficieront les assurés. Selon le Conseil fédéral, « dans les nouvelles dispositions, la marge de 3%, tolérée actuellement dans la comparaison internationale des prix lors du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans, a été augmentée à 5%. Une comparaison des effets thérapeutiques est appliquée lorsque le médicament n'est pas disponible sur les marchés des pays de référence. Pour la comparaison des prix des pays de référence, un taux de change moyen calculé sur 12 mois est appliqué ». Les adaptations de la législation devraient également permettre une économie annuelle d'environ 240 millions de francs à partir de novembre de cette année (OFSP, 2012). L'entrée en vigueur de ces mesures est intervenue le 1er mai 2012.

6. Compétences et production législative

Les différentes étapes et autres éléments historiques se concentrent sur les réformes les plus significatives et ne sont pas exhaustifs. La littérature de l'administration fédérale montre que la production législative et les accords passés dans ce domaine sont plus nombreux que ceux mentionnés⁶⁷. Au fil du temps, les réformes se succèdent, se complètent et, pour certaines d'entre elles, se ressemblent. Certaines mesures font l'objet d'adaptations et d'affinements successifs. Dans le temps, les autorités fédérales élaborent des réformes de plus en plus techniques. Les effets d'annonce sont aussi une réalité et se concentrent sur les économies en faveur des assurés. Ces différentes mesures, partielles et ponctuelles, ne s'inscrivent pourtant pas dans une vision d'ensemble ou une stratégie explicite relevant d'une véritable politique du médicament dans le système de santé. Ainsi, l'agrégation des différentes réformes peut produire des effets pervers. Par ailleurs, les dilemmes auxquels sont confrontées les autorités étatiques sont réels. Entre maîtrise des coûts de la santé et défense de la place économique, les tensions sont vives.

Institutionnellement, ces nombreuses interventions politiques et administratives s'expliquent par le fait que la politique du médicament relève du niveau de compétences fédéral. Il est donc plus aisé pour les autorités de mettre en place des réformes que dans d'autres secteurs du domaine sanitaire qui dépendent des autorités cantonales. En regard de cette synthèse, il convient de s'interroger sur la pertinence du cumul et du rythme des réformes et sur leurs effets réels.

⁶⁷ Voir par exemple : DFI (2007, 25 septembre). Mesures prises par le DFI pour baisser le prix des médicaments (2004-2007). Berne : DFI.

Panier de comparaison avec l'étranger

La comparaison des prix des médicaments pratiqués en Suisse et à l'étranger est une mesure entrée en vigueur en 1996. Elle a été périodiquement révisée. Cette mesure est utilisée tant lors de l'inscription des médicaments sur la liste des spécialités que lors de mesures extraordinaires de révision des prix. Elle a été mobilisée et affinée à plusieurs reprises par les autorités fédérales. La tentative d'aligner les prix suisses sur les prix européens permet d'endiguer l'argument souvent entendu selon lequel la Suisse comme un îlot artificiel de cherté. De manière générale, cette mesure illustre particulièrement bien l'importance et l'évolution successive de la production législative.

Decollogny (2001, 2006 et entretien) considère ainsi cette mesure comme « un anesthésiant pour calmer la population », car une même pathologie n'est pas soignée de manière identique partout en Europe. Par exemple, certains pays optent pour une opération là où d'autres privilégient le traitement médicamenteux. Elle souligne ensuite les différences de pratiques en termes de prix et de remboursements du médicament. Au Royaume-Uni, les prix fixés ne sont pas les mêmes que ceux remboursés par l'assurance-maladie. Il existe donc un prix-vitrine et un prix de remboursement. En France, le remboursement du médicament diffère selon son utilité : le service médical rendu. Un médicament considéré comme réellement déterminant pour la vie du patient est remboursé à hauteur de 90%. Un médicament dont l'effet est perçu comme bénéfique l'est à 50% et seul les 30% du prix d'un médicament « de confort » est remboursé. Autre pays inclus dans le panier de comparaison, l'Allemagne fonctionne selon le principe du prix de référence. La pratique du panier de comparaison établie en Suisse ne tient pas compte de ces disparités. Elle n'inclut pas non plus la question du volume des médicaments vendus.

Pour les représentants de l'industrie pharmaceutique interrogés, cette comparaison par panier se fait au détriment de la qualité car elle inclut dans le même panier des médicaments particulièrement anciens, d'autres particulièrement innovants et certains autres dont le bénéfice thérapeutique n'est pas évident. En outre, ce panier de comparaison, mis en place dans une perspective économique, s'inscrit dans un environnement politique déterminé et influencé par l'objectif de réduction des prix. Par exemple, si pour une raison purement politique, un gouvernement d'un des pays inclus dans le panier décide de procéder à une baisse du prix des médicaments, cette baisse sera indirectement, mais néanmoins systématiquement, importée en Suisse. Le prix du médicament en Suisse subit alors un effet qui n'était pas induit par une cause imposant objectivement, dans le pays, une diminution du prix. Les influences sans lien direct avec le marché des médicaments mériteraient ainsi d'être prises en considération lors de la définition du panier de comparaison. Ainsi en est-il de la force du franc suisse, car avec un franc suisse fort, le prix du médicament à l'étranger sera forcément plus bas, que dans une situation où le taux de change est plus favorable. Cette composante s'avère ainsi déconnectée des problématiques et contingences émanant directement de la politique de la santé. Elle influence cependant le panier de comparaison et par conséquent le prix des médicaments. Cela a été pris en considération en mars 2012, suite aux décisions du Conseil fédéral.

Ainsi, le mécanisme de comparaison des prix montre de multiples imperfections, en comparant des réalités qui ne sont pas forcément comparables, en important des influences purement politiques, en n'incluant que de manière partielle d'autres éléments non négligeables. La mesure du panier des prix est pourtant largement publicisée par les autorités sanitaires.

7. La question des génériques

7.1. Définition et principe

Un médicament ou une préparation générique est une imitation d'une préparation originale dont le brevet est arrivé à échéance. Le générique est caractérisé par la même substance (principe) active, la même voie d'administration et le même dosage que la préparation originale. Théoriquement, le générique est interchangeable avec la préparation originale. Il s'en distingue par une dénomination et, éventuellement, une présentation différentes. Les excipients, colorants, aromatisants et conservateurs peuvent différer. L'OAMal contient une définition du générique (art. 64a, al. 2, modifié le 26 avril 2006) : « Est réputé générique tout médicament autorisé par l'institut, qui pour l'essentiel est semblable à une préparation originale et qui est interchangeable avec celle-ci parce qu'il possède une substance active, une forme galénique et un dosage identiques ».

Le principal avantage du générique réside dans son prix. Le brevet protégeant la substance active étant tombé dans le domaine public, les frais de recherche et développement, inclus dans le prix du médicament original, ne figurent pas dans le prix du générique, ce qui provoque logiquement une baisse du prix. En outre, le brevet étant échu, il est possible de sortir de la situation monopolistique de l'original. Entre le médicament original et le générique, une concurrence peut s'exercer, de même qu'entre différents génériques contenant la même substance active.

7.2. Evolution de la législation sur les génériques

Le marché des génériques a, en Suisse, beaucoup évolué ces quinze dernières années. Il demeure toutefois sous-exploité tant en ce qui concerne le nombre de préparations originales transformées en génériques que le taux de substitution. En effet, il existe un certain nombre de préparations originales dont le brevet est échu et qui ne sont pas reprises par les fabricants de génériques. Il est estimé que seule la moitié des préparations originales dont le brevet est arrivé à échéance est reprise par des génériques (Livio, Buclin, Pannatier & Biollaz, 2006, p. 8). La non-reprise systématique par des fabricants de médicaments génériques peut s'expliquer par le fait que ceux-ci estiment que le volume du marché pour cette substance ne génère pas un retour sur investissement suffisant. Mais, cette non-entrée des génériques peut également dépendre de l'action stratégique des fabricants d'originaux pour contrer l'arrivée sur le marché de génériques concurrençant leur monopole. Ainsi, plusieurs indicateurs montrent que le marché des génériques reste comparativement sous-développé en Suisse. La part des marchés substituables prise par les génériques reste à un niveau relativement bas (Decollogny, 2006). Decollogny (2006) observe « (...) que sur trois ans, la part des médicaments substituables a baissé de 29% à 23%, bien que des produits importants soient tombés dans le domaine public (...), ce qui reflète une forte capacité d'innovation de l'industrie et une prescription réduite par les médicaments nouveaux non substituables ». En Suisse, « la procédure d'autorisation sur le marché fait que de nombreux génériques ou copies sont admis comme originaux, en raison d'une forme galénique ou d'un dosage différents, et à ce titre vendus à des prix trop élevés » (Boschetti, Gobet, Hunkeler & Muheim, 2006, p.12). L'époque des grandes innovations est certainement révolue et l'industrie pharmaceutique s'adapte en conséquence pour assurer sa croissance. Les producteurs d'originaux utilisent d'autres moyens pour contrer l'arrivée des génériques. Plusieurs auteurs (Decollogny, 2006 ; Grandfils, Paris & Sermet, 2004) ont repéré différentes stratégies.

Tableau 6.3 : Stratégies développées par les producteurs d'originaux

Stratégie utilisée	Substance concernée
Utilisation de la voie juridique contre les génériqueurs	Amilodipine
Production d'un médicament analogue (me-too) avant la fin du brevet	Esoméprazole (USA)
Mise sur le marché de nouveaux dosages comportant par exemple moins de principes actifs pour une même efficacité	Indapamide
Production d'association où l'un des deux composants est sous brevet et l'autre nom	Association simvastatine et ézétimide
Production de sa propre gamme de génériques	
Baisse du prix des originaux au niveau des génériques pour garder l'avantage de la marque	
Passage en automédication	
Extensions d'indications	

Sources : (Decollogny, 2006 ; Grandfils, Paris & Sermet, 2004)

Ces stratégies expriment la volonté des fabricants de continuer à jouir d'une situation monopolistique ou, pour le moins, d'atténuer leurs pertes de parts de marché, lorsque l'arrivée des génériques est inéluctable. Le processus de rapprochement⁶⁸ entre producteurs d'originaux et de générique traduit également cette volonté. En regard de l'évolution de la législation suisse et des stratégies des producteurs d'originaux, rappelons l'action de ces derniers suite à l'introduction du changement de quote-part entre originaux et génériques. Sous conditions, les producteurs ont obtenu une possibilité de rachat et de bénéficier également de la quote-part la plus basse. Leur argumentation en faveur d'une politique de rachat était robuste et bien fondée. En effet, si les producteurs de préparations originales baissent leur prix au niveau des génériques, ils ne peuvent être traités différemment au niveau de la quote-part.

7.3. Evolution de la législation sur les génériques

La loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit, à son article 52, que les génériques doivent être intégrés à la liste des spécialités. Cela n'était pas envisagé par le Message du Conseil fédéral, du 6 novembre 1991, accompagnant le projet, qui stipulait (art. 44, al. 1, let. b) que « l'Office fédéral établit une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés ». Etonnement, alors que le message se caractérise par un objectif clair de maîtrise des coûts, la question des génériques n'est pas évoquée. Cela s'explique vraisemblablement par le fait que, comme aucune restriction liée au prix n'était demandée pour l'inscription des génériques sur liste des spécialités, l'écart de prix entre le médicament original et le générique n'était que minime. D'où des économies potentielles apparaissant peu significatives. C'est en 1998 que les autorités fédérales se saisissent du dossier des génériques en introduisant le droit de substitution dans la révision partielle de la LAMal. Le contexte politique explique ce positionnement. En effet, l'initiative populaire « Pour des médicaments à moindre prix », sur laquelle le peuple se prononcera en 2001, accorde un crédit important aux génériques pour réduire les coûts de la santé. L'introduction du droit de substitution sert d'argument aux autorités fédérales dans leur opposition à l'initiative populaire. L'introduction du droit de substitution est toutefois insuffisante pour promouvoir efficacement l'usage des génériques. L'accord « rémunération basée sur les prestations » conclu entre la Société suisse des pharmaciens et l'association faîtière des assureurs complète efficacement cette mesure. Celui-ci est le fait de deux acteurs privés du marché des médicaments. Dans

⁶⁸ Par exemple, en 2005 le groupe Sanofi-aventis acquiert Winthrop Pharma, actif dans le marché des génériques.

l'optique d'une meilleure maîtrise des coûts de la santé, les autorités fédérales soutiennent cette mesure.

Pourtant, en comparaison internationale, les prix des médicaments génériques en Suisse restent très élevés. En se référant, pour l'année 2004, aux vingt substances actives les plus vendues et dont le brevet est arrivé à échéance, ce qui représente 71% du marché, santésuisse constate une importante différence de prix des génériques entre la Suisse et l'Allemagne, le Danemark, le Royaume-Uni, la France, l'Autriche et l'Italie. Les prix suisses restent comparables à ceux des Pays-Bas pour le prix ex-usine. Pour les autres pays, santésuisse relève que « les prix d'usine au Danemark sont inférieurs de 64% à ceux de la Suisse, au Royaume-Uni de 38%, en Italie de 36%, en Allemagne et en Autriche de 23%, en France de 20% » (Santésuisse, 2006). De plus, sur le marché national, les différences de prix entre génériques ayant une même substance active sont également très marquées. Santésuisse, sur le même échantillon, conclut « qu'à l'échelon suisse, les écarts de prix entre le générique le meilleur marché et le générique le plus cher peuvent s'élever jusqu'à 40% (au niveau prix public) » (santésuisse, 2006). La question du prix du générique et de l'écart avec la substance originale est déterminante pour le marché du générique. Si l'écart de prix est minime, les consommateurs resteront fidèles au médicament original qu'ils connaissent déjà. La principale incitation pour favoriser le générique réside donc dans son bas prix.

Les autorités fédérales se saisissent de manière plus catégorique de la problématique des génériques en 2005. D'une part, la révision de l'ordonnance OPAS introduit une quote-part différenciée entre princeps et générique. Dès 2006, la quote-part sur les médicaments pour lesquels existe un générique passe de 10% à 20%. La cote part de 20% doit inciter les médecins et les patients à privilégier le générique le meilleur marché. D'autre part, l'inscription d'un générique sur la liste des spécialités devient conditionnelle, notamment par rapport à son prix. Le prix des génériques doit être désormais inférieur d'au moins 30% au prix de fabrique des préparations originales correspondantes. L'évolution des parts de marché des médicaments génériques montre que l'intervention de la Confédération, et plus particulièrement la quote-part différenciée, est suivie d'effets concrets. Quasi tous les acteurs interrogés le confirment. Pourtant, le Conseil fédéral revient sur la quote-part différenciée, en offrant une possibilité de rachat aux préparations originales qui, sous conditions, peuvent également bénéficier de la quote-part la plus basse. Cette mesure s'avère pour le moins paradoxal, les autorités défaisant d'un côté ce qui est acquis de l'autre.

En juillet 2009, le Conseil fédéral révisé la fixation du prix des génériques pour leur intégration dans la liste des spécialités, incluant le volume du marché. A l'automne, santésuisse et l'industrie pharmaceutique présentent conjointement un communiqué de presse au sujet des différences de prix entre la Suisse et les pays de comparaison (santésuisse & Interpharma, 2009). Les deux partenaires mettent en avant une importante différence de prix en ce qui concerne les génériques « (...) si l'on se réfère aux 98 principes actifs engendrant les plus forts chiffres d'affaires, les génériques coûtent en Suisse – en terme de prix de fabrique – environ deux fois plus cher que dans les six pays de comparaison occidentaux, et offrent ainsi un potentiel d'économie en conséquence (...) ». Malgré les réformes, les écarts de prix persistent.

Demeure le fait que si les fabricants originaux ont bénéficié de la « possibilité de rachat », c'est-à-dire d'obtenir également, sous condition, une quote-part de 10%, il n'en est pas de même pour les fabricants de génériques. « Il en résulte qu'en pratiquant une réduction du prix unique ramenant leur prix au niveau de celui des génériques, les fabricants de préparations originales peuvent échapper au cours des

deux années suivantes au risque d'une quote-part plus élevée. En revanche, les génériques font l'objet d'une vérification annuelle, ce qui signifie que la valeur limite (prix moyen du tiers le moins cher des médicaments présentant la même composition de principes actifs, majorés de 20%) est recalculée chaque année. Les fabricants de génériques doivent donc adapter leurs prix tous les ans. Il en résulte une inégalité de traitement inacceptable dans le domaine des médicaments dont les brevets arrivent à échéance (...) » (Intergenerika, 2011a).

Tableau 6.4 : Quote-part payée pour un médicament original et son générique

Statut	Préparation	Prix public (CHF)	Quote-part (%)	Quote-part (CHF)
Original	Risperdal	74.15	10	7.40
Générique	Risperidon Pfizer	56.60	20	11.30
Original	Tramal retard	37.25	10	3.70
Générique	Tramundin	35.95	20	7.20
Original	Zurcal	62.40	10	6.25
Générique	Pantoprazo Streuli	55.60	20	11.10

Cette situation est paradoxale. Des médicaments génériques moins chers que les originaux se trouvent dès lors pénalisés par une quote-part supérieure. L'intérêt particulier du patient, à savoir bénéficier d'une quote-part la moins chère possible, va à l'encontre de l'intérêt général de réduction des coûts. Le fait de choisir son médicament selon la quote-part pousse le consommateur à opter pour le médicament le plus cher. Pour les fabricants de génériques, il n'est pas pensable de reprocher aux patients d'opter pour les médicaments dont la quote-part qu'ils ont à assumer est la plus faible. Il faut donc porter l'accent sur l'irrationalité du cumul des adaptations législatives successives.

Les mesures décidées au fil des ans traduisent la prise au sérieux de la question de l'écart des prix entre médicaments originaux et génériques, comme moyen incitatif pour augmenter la part des génériques dans la vente de médicaments. Pourtant, il faut attendre 2005 pour que les autorités fédérales se saisissent réellement de cette problématique, avant d'y revenir et de générer des effets paradoxaux. La mise en place d'une mesure, dans un premier temps, puis son affinement ultérieur, traduit le mode de fonctionnement des autorités fédérales et exprime également le fait que les mesures précédentes se sont avérées d'une efficacité limitée.

7.4. Législation sur les génériques et rôle du pharmacien

Acteur central dans la distribution du médicament, le pharmacien, au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal n'a aucun pouvoir de proposer un générique en lieu et place d'une préparation originale et ne bénéficie d'aucune incitation financière à le faire, compte tenu de son mode de rémunération. Par conséquent, les génériques sont disponibles sur le marché, mais rien n'est entrepris pour faciliter leur distribution. Cette situation évolue en 2001 avec le changement de législation et la conclusion d'un accord entre pharmaciens et caisses-maladie.

Droit de substitution

En 1998, la révision partielle de la LAMal intègre le droit de substitution pour le pharmacien, qui peut proposer au consommateur un générique, à condition que le prescripteur n'ait pas expressément stipulé une préparation originale. Entrée en vigueur en 2001, le rôle même du pharmacien change. Il reçoit désormais un pouvoir décisionnel. Comme son nom l'indique, le droit de substitution relève du droit et non pas du devoir. Le pharmacien n'a donc pas l'obligation de prescrire un générique. Pour médecin

cantonal genevois, ce droit ne fonctionne que « moyennement bien. Cela reste compliqué et demande beaucoup de contrôles de la part du pharmacien, qui doit l'expliquer au patient ». Il souligne cependant que cette pratique a amené les médecins à prendre conscience des coûts des médicaments. Beaucoup prescrivent dès lors un générique de leur propre chef. Pour la profession, le droit de substitution est une réforme déterminante, quand bien même seule une minorité de pharmaciens y ont recours, car l'incitatif financier n'existe pas. En effet, en substituant des préparations originales par des génériques, les pharmaciens perdent du chiffre d'affaires, les génériques étant. A l'époque, la rémunération est fonction du prix du médicament. Un médicament cher procure donc une marge plus importante qu'un médicament bon marché.

Rémunération basée sur les prestations

La non-incitation économique évoquée ci-avant en regard du droit de substitution va à l'encontre de l'intérêt public de maîtrise des coûts de la santé. Fort de cette situation insatisfaisante, l'introduction de la rémunération du pharmacien basée sur les prestations brise (ou du moins minimise) le lien entre prix du médicament et rémunération du pharmacien. La non-incitation financière à proposer un générique disparaît. Il s'agit donc d'un changement positif permettant par ailleurs de valoriser le travail du pharmacien en raison des prestations qu'il dispense au patient - consommateur et pour lesquelles il est désormais rémunéré. Les effets de cette mesure se répercutent sur l'évolution du nombre de génériques vendus par rapport aux préparations originales.

Pourtant, certains effets négatifs apparaissent. De par sa complexité, ce nouveau modèle de rémunération reste difficilement compréhensible pour le grand public. De plus, certaines chaînes de pharmacies ont opté pour le choix commercial de ne pas répercuter les taxes sur les clients. Comparativement, leurs prix sont logiquement plus bas. Qui plus est, celles-ci se servent des médicaments comme produits d'appel pour vendre d'autres produits de leur assortiment, tels que produits de parfumerie ou de confort. Ce modèle est donc alors décrié par des pharmaciens qui dénoncent ces groupes commerciaux, critiqués pour dumping salarial et dévalorisation du métier de pharmacien. Autre effet négatif, la taxe perçue par le pharmacien, qui constitue en quelque sorte son revenu, n'est perçue qu'une fois. En cas des maladies chroniques où lorsque le patient suit un traitement à long terme, qui l'oblige à se rendre à plusieurs reprises à la pharmacie, la taxe n'est pas renouvelée. Cela induit un manque à gagner pour le pharmacien. Or, une part essentielle du chiffre d'affaires des pharmaciens dépend de la dispensation de médicaments destinés à soigner les maladies chroniques.

7.5. Effets sous l'angle du patient - consommateur

Si les réformes présentées jusqu'ici ont réduit certaines entraves structurelles freinant le développement du marché des génériques, il s'est avéré aussi que certains profils de patients-consommateurs de médicaments manifestaient une réticence à l'usage des génériques (Decollogny, Haflon & Thomas, 2001, p.17). Ainsi, la substitution d'un original par un générique se révèle plus difficile chez les patients âgés et/ou suivant un traitement complexe. En ce qui concerne la Suisse, l'étude montre également des taux de substitution différents selon les cantons. Un changement particulièrement important pour le marché des génériques intervient avec la révision de l'OPAS du 9 novembre 2005, qui introduit une quote-part différenciée pour le consommateur (voir ci-avant). Lorsqu'une préparation originale co-existe avec un médicament générique, la quote-part pour la préparation originale est de 20% et celle du générique de 10%. L'incitation est inversée. Les personnes

qui s'en tiennent à la préparation originale, malgré l'existence d'un générique, sont désormais pénalisées. Des exceptions sont prévues, mais cette mesure, par son levier financier direct, entraîne un véritable changement d'habitude et se traduit par l'augmentation de la part des génériques dispensés. De plus, par l'intermédiaire du patient, cette pression est reportée sur les médecins prescripteurs.

8. Les importations parallèles

Le principe de l'importation parallèle est envisageable lorsque des différences de prix significatives pour un produit donné existent entre deux pays. La pratique de l'importation parallèle consiste alors à ce qu'un distributeur importe le produit du pays où son prix est le plus bas pour le vendre dans l'autre pays. Il s'assure alors une marge bénéficiaire intéressante. Du point de vue du système de santé, cette pratique de l'importation parallèle induit une pression sur les prix pratiqués par les fabricants bénéficiant au patient - consommateur. En Suisse, le débat sur les importations parallèles de médicaments se développe durant la deuxième partie des années 1990. Jusqu'alors, la pratique en matière de distribution des médicaments est fondée sur le principe « une préparation – un distributeur », qui interdit la possibilité d'importations parallèles. La base légale de cette pratique avait été formalisée dans un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 7 décembre 1999 (arrêt Kodak). Par cet arrêt, le Tribunal fédéral établit le principe de l'épuisement national en matière de droit des brevets. « Les importations parallèles de produits brevetés non autorisées par le détenteur sont interdites, sauf lorsque ce dernier abuse de son droit exclusif » (DFI, 2011).

L'initiative populaire « Pour des médicaments à moindre prix » lancée en 1997 prévoit que les médicaments, disponibles avec ou sans ordonnance, autorisés dans quatre autres pays limitrophes (Allemagne, Autriche, France, Italie) puissent être vendus en Suisse sans autorisation particulière. Dans son message, le Conseil fédéral, qui s'y oppose, arguant que la future loi sur les produits thérapeutiques rendra possible l'importation parallèle de médicaments sous certaines conditions. La loi sur les produits thérapeutiques LPT_h intègre effectivement une possibilité permettant l'importation parallèle pour les médicaments. Toutefois cette base légale maintient l'interdiction de toute importation parallèle tant que le médicament demeure sous protection d'un brevet. Pour les médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet, le second requérant doit s'assurer que le « médicament [importé] réponde aux exigences posées pour le médicament qui fait déjà l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en Suisse, notamment à celles concernant l'étiquetage et l'information (...) » (LPT_h, art. 14, al. 2, let. a) et qu'il « est en mesure de garantir de façon durable que tous les médicaments dont il assure la distribution et pour lesquels il a obtenu une autorisation de mise sur le marché remplissent les mêmes exigences de sécurité et de qualité que ceux du premier requérant » (LPT_h, art. 14, al. 2, let. b). Les importations parallèles restent interdites pour les produits protégés par les brevets, qui représentent quelque 60% du marché (OCDE, 2003). En outre, pour les 40% des médicaments pour lesquels les importations parallèles sont autorisées, représentant un marché de 2 milliards de francs, la fédération romande de consommateurs rappelle que « la possibilité de mettre sur le marché des génériques fait déjà baisser les prix » (FRC, 2007). En effet, si le brevet est échu, il est stratégiquement plus simple de produire un générique que de procéder à des importations parallèles. L'autorisation des importations parallèles pour les seuls médicaments dont le brevet est échu peut être interprétée comme une mesure vaine, générant un espoir illusoire auprès du public. Plusieurs acteurs interrogés estiment que la possibilité d'effectuer des importations parallèles exerce avant tout un effet préventif. En effet, les premiers distributeurs réduisent d'eux-mêmes leurs prix pour éviter d'ouvrir le marché aux importations parallèles (Conseil fédéral, 2000).

La Loi fédérale sur les brevets (LBI), modifiée le 19 décembre 2008, vise notamment à faciliter les importations parallèles. L'alinéa 5 de l'article 9a LBI prévoit une exception pour les marchandises dont le prix est imposé par l'Etat. Cette exception concerne explicitement les médicaments figurant sur la liste des spécialités. En 2009, les préparations étrangères hors brevet ayant le droit d'être importées et distribuées en Suisse depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques sont au nombre de dix (Zaug, 2009). De plus, aucune de ces préparations n'est parvenue à se faire accepter sur la liste des spécialités. Le surveillant des prix estime que le faible usage des importations parallèles découle notamment des conditions légales : « La densité normative est telle que le marché est artificiellement cloisonné et que le prix des médicaments [importés] prend l'ascenseur, en particulier ceux qui ne figurent pas sur la liste des spécialités et dont le prix n'est pas administré par l'Etat » (Strahm, 2006). Si la loi permet les importations parallèles, celles-ci sont quasiment impossibles dans les faits. De plus, la taille du marché helvétique influence également cette pratique. Selon certains observateurs, le marché national est trop petit pour induire véritablement une baisse du prix des médicaments grâce aux importations parallèles. La question de la rentabilité pour le second requérant, c'est-à-dire l'importateur parallèle, doit aussi être discutée. D'ailleurs, en Suisse, les deux entreprises qui se sont lancées dans l'importation parallèle ont finalement cessé leurs activités.

Le projet d'importations parallèles de l'association des pharmaciens genevois traduit les difficultés économiques de ce modèle. Alors que les autorités cantonales appréciaient positivement cette démarche, le projet a été soumis à de nombreuses conditions, dont de sécurité sanitaire. Pour concrétiser le projet, une bonne traçabilité des lots de médicaments était indispensable. Or, les coûts de cette surveillance sanitaire auraient été plus élevés que l'économie potentiellement réalisable ! Par conséquent, l'association des pharmaciens a choisi de renoncer au projet.

Quand bien même les importations parallèles ne sont quasiment pas pratiquées en Suisse, certains acteurs s'y opposent. Une première résistance se rapporte à la sécurité sanitaire et à la traçabilité des lots de médicaments. En outre, si l'importation parallèle devient un canal de distribution important, le pays récipiendaire prend le risque d'une dépendance à l'égard du pays exportateur, pouvant se traduire par des ruptures d'approvisionnement⁶⁹. Autre danger, les pays exportateurs pourraient privilégier les marchés où le prix du médicament est le plus élevé. De plus, dans le cadre des relations entre pays importateur et exportateur, il convient de mentionner les possibles effets pervers des importations parallèles au plan international, notamment en ce qui concerne la gestion de stock. La Grèce, de par ses prix très bas, est le premier exportateur parallèle européen. Plus d'un cinquième des médicaments vendus en Grèce sont exportés sur d'autres marchés, ce qui provoque une situation de pénurie pour certains médicaments. Sur le plan économique, selon une étude de la London School of Economics, les importateurs parallèles sont les premiers bénéficiaires des importations parallèles. Les économies pour la société ne sont que minimes (Kanavos, Costa-i-Font, Merkur & Gemmill, 2004).

Les entreprises pharmaceutiques s'opposent aux importations parallèles en raison de leur impact négatif sur leur capacité d'investissement, notamment en termes de recherche et développement. Pourtant, tant que les importations parallèles ne concernent que les médicaments hors brevet, l'argument du financement de la recherche et du développement peut être écarté, car le producteur

⁶⁹ Cette question a notamment été soulevée en France, voir par exemple : Bertrand Agacé (2001). Pénurie de médicaments. Paris : Europe 1. Récupéré de <http://www.europe1.fr/France/Penurie-de-medicaments-Bertrand-agace-652301/>

bénéficie de la prime à l'innovation que représente le brevet. Ainsi, par exemple, la fédération romande des conommateurs appelle à relativiser cet argument, relevant que « le marché suisse ne représente, pour les entreprises pharmaceutiques suisses, que 1,2% de leur chiffre d'affaire global mondial » (FRC, 2007). Or, la recherche et le développement concernent le marché mondial et pas le seul aspect national.

Dans le cadre de la révision de la loi sur les brevets, santésuisse relève que les importations parallèles permettraient des économies, sur la base des prix publics, de 500 millions de francs. Et puis, s'agissant de l'emploi, « les entreprises pharmaceutiques étrangères subiraient le plus gros manque à gagner en cas d'introduction des importations parallèles (82%). L'industrie pharmaceutique suisse verrait ses recettes diminuer de moins de 100 millions de francs (...) Au regard du chiffre d'affaires mondial des médicaments de l'industrie pharmaceutique suisse, cela correspondrait à une perte de moins de 0,2% » (Santésuisse, 2008). Et de rappeler aussi que les importations parallèles jouent un rôle avant tout préventif. La possibilité théorique d'avoir un marché ouvert à la concurrence encourage les producteurs à baisser d'eux-mêmes leurs prix.

Enfin, il est intéressant de relever une remarque formulée par le Conseil fédéral au sujet de la comparaison des données européennes et suisses. « Le Conseil fédéral pense cependant qu'on ne peut déduire des études réalisées à l'étranger des données fiables pour la Suisse, car l'Union européenne dispose d'autres règles pour les importations parallèles sur le marché des médicaments et les mécanismes de prix et de marché ne sont pas comparables » (Conseil fédéral, 2000). Par cet argument sur le panier de comparaison pour le prix des médicaments, on distingue une utilisation à géométrie variable de la possibilité de comparaison : remède-miracle d'un côté, impossible à estimer de l'autre.

9. L'innovation et son coût

L'industrie pharmaceutique est un acteur central en termes de recherche et de développement. Si, continuellement, de nouveaux médicaments parviennent sur le marché, il convient toutefois de s'interroger sur leur nature. Ces médicaments correspondent-ils à de réelles avancées thérapeutiques ou, au contraire, servent-ils plus prosaïquement à compenser les pertes de marché lorsqu'un brevet tombe dans le domaine public ? Dans une perspective d'allocation des ressources collectives et sociales liées au système de santé, la question est pertinente.

La revue « Prescrire » établit chaque année, de manière indépendante, une cotation des nouvelles spécialités et indications pour les médicaments. Pour l'année 2010, sur un total de 97 nouveaux médicaments ou indications ayant fait l'objet de cette cotation, seuls quatre correspondent à un apport notable pour les soins (Prescrire, 2011). De plus, 19 autres sont autorisés à la commercialisation malgré une balance bénéfice-risque défavorable ; 49 ne génèrent aucune innovation thérapeutique. Cette évaluation est effectuée depuis dix ans et la tendance est similaire pour les années précédentes. Certes, la revue « Prescrire » porte sur le marché français des médicaments. Il ne fait cependant guère doute qu'un constat similaire apparaîtrait en Suisse. Dans son rapport annuel de 1997, l'organe de contrôle des médicaments OICM rapportait que « 855 médicaments destinés à l'usage humain contenaient des principes actifs originaux, 7206 (tous dosages confondus) appartenaient à la catégorie des « préparations génériques ou copies » (Boschetti, Gobet, Hunkeler & Muheim, 2006, p.99). Ces chiffres illustrent le fait que parmi les nouveaux médicaments arrivant sur le marché, seule une minorité correspond à une réelle avancée thérapeutique et que, par ailleurs, le marché pharmaceutique est en panne d'innovation. Les « fausses innovations » (me too) en sont le symptôme. Leur multiplication est

particulièrement problématique sous l'angle financier. En effet, alors que ces nouveaux médicaments sont considérés par la science comme des copies ou des génériques, l'industrie pharmaceutique est rétribuée comme s'il s'agissait de médicaments originaux.

La recherche et développement dans le domaine pharmaceutique ont énormément évolué. L'âge d'or des grandes découvertes semble révolu. Les innovations pharmaceutiques sont désormais d'un autre ordre, concentrées dans des niches de plus en plus étroites. Et puis, il existe indéniablement des effets de mode, à l'exemple de la cardiologie. Selon un de nos interlocuteurs, les nombreuses recherches concernant ce domaine s'expliqueraient par le fait que pour certaines personnes « l'âme se nicherait dans le cœur ». Cette symbolique serait donc à l'origine de la place de choix que la cardiologie occupe dans la recherche et développement. Le développement d'une nouvelle substance suppose un retour sur investissement optimal, donc volume potentiel de marché important. Concrètement, le nombre de personnes concernées par un médicament oriente directement la recherche. Ce mécanisme conduit par exemple les maladies orphelines⁷⁰ à être peu ou moins prises en considération dans les choix stratégiques de recherche. Cette situation explique le fait que l'industrie pharmaceutique met sur le marché de nombreuses copies (médicaments « me too ») en raison de leur intérêt financier manifeste.

Ce constat amène à s'interroger sur les coûts réels de la recherche et sur la neutralité des autorités d'enregistrement lorsqu'elles estiment les coûts de recherche et de développement. Car, ces coûts ont un impact direct sur le prix des médicaments. Le prix du médicament est proposé par l'industrie pharmaceutique et est ensuite négocié avec les autorités sanitaires. Pour l'industrie pharmaceutique « aujourd'hui, il arrive qu'il nous soit demandé d'être en-dessous des prix pratiqués en France. La réponse de l'industrie est alors de ne pas entrer sur le marché suisse ». Toutefois, par la taille de son marché, la Suisse peut servir de test pour une nouvelle substance avant sa mise sur des marchés plus grands. Le prix suisse sert donc de référence pour d'autres marchés. L'enjeu d'un refus d'entrer sur le marché s'explique par le fait qu'en acceptant un prix de référence trop bas en Suisse, le succès financier du médicament est compromis pour les marchés dans lesquels le médicament sera diffusé ultérieurement. En outre, il existe des domaines desquels l'industrie pharmaceutique se retire en raison de risques pénaux et civils sont trop importants. Le domaine psychiatrique en est un.

Le point de vue de l'industrie pharmaceutique quant à la question des domaines de recherche est limpide. « Si la société veut de nouveaux médicaments, il faut les financer ». Ces propos rappellent clairement le lien tenu entre recherche pharmaceutique et enjeux financiers, au-delà du bien-être sanitaire collectif. Pourtant, la protection d'une innovation par un brevet a pour but de permettre à l'industrie pharmaceutique d'amortir et de rentabiliser les investissements de recherche et de développement. Le mécanisme de fixation des prix et du remboursement des médicaments procure l'assurance d'un retour sur investissement pour l'industrie pharmaceutique. Mais, comme le relève un de nos interlocuteurs, « le saut quantique de l'innovation est de plus en plus petit. La somme des petites innovations a un sens, mais le politique n'est pas prêt de la voir car sa vision politique ne dépasse pas la hauteur des primes ».

⁷⁰ Maladie dont le taux de prévalence est inférieure à 1 personne sur 2'000 selon les critères de l'Union Européenne

Remboursement des nouveaux médicaments

Le nombre de médicaments autorisés en Suisse a baissé de 10'778 en 1985 à 7'515 en 2009 (Interpharma, 2010, p. 73). Interpharma définit cinq catégories :

- A. Remise unique sur ordonnance médicale ou vétérinaire.
- B. Remise sur ordonnance médicale ou vétérinaire.
- C. Remise après consultation spécialisée par des professionnels de la santé (pharmacies).
- D. Remise après consultation spécialisée (pharmacies et drogueries).
- E. Remise sans consultation spécialisée.

En regard du pourcentage des médicaments de chaque catégorie autorisée sur le marché, celles des médicaments requérant une ordonnance augmentent, passant respectivement de 8,5% (1985) à 16,2% (2009) pour la catégorie A et de 38% à 46,3% pour la catégorie B (Interpharma, 2010, p. 73). Les trois autres catégories diminuent. Les nouveaux médicaments autorisés s'orientent vers le marché des médicaments remis sur ordonnance, qui se caractérise par un mode de paiement particulier dans lequel ni le prescripteur, ni le consommateur final, ne paient directement le médicament prescrit. Parmi les médicaments remboursés par les assurances-maladie, c'est-à-dire figurant sur la liste des spécialités, « 90% d'entre eux étaient soumis à prescription médicale (catégories A et B) et 10% étaient en vente libre (catégories C et D) » (Interpharma, 2010, p. 76). Le marché des médicaments en vente libre est soumis à des incitatifs différents. Etant donné que le prix du médicament est intégralement supporté par le consommateur, ce dernier portera une attention autre quant à l'efficacité et l'utilité du médicament. Il y a un intérêt évident pour les entreprises à ce que les nouveaux médicaments soient remboursés par l'assurance sociale. La provenance du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique l'atteste. Ainsi, en 2009, les médicaments pris en charge par la LAMal représentent près du 80% du chiffre d'affaires, soit le montant de 3,9 milliards de francs (Interpharma, 2010, p. 20), de la branche au prix de fabrique. Interpharma reconnaît que « le marché des médicaments remboursés a connu une progression un peu plus forte que le marché global, surtout en raison de la croissance enregistrée dans le secteur hospitalier du fait de médicaments nouveaux (médicaments anti-VIH, antirhumatismaux et régulateurs lipidiques) » (Interpharma, 2010, p. 20). Cette tendance n'est pas nouvelle. De 1990 à 2004, la part du chiffre d'affaires des médicaments financés par la LAMal a augmenté de 50 à 80% (Boschetti, Gobet, Hunkeler & Muheim, 2006, p.12). Cette évolution laisse entrevoir un mécanisme de substitution dans l'offre de l'industrie pharmaceutique. Des anciens médicaments bons marchés sont remplacés par de nouveaux médicaments plus chers (Surveillant des prix, 2003).

Les acteurs interrogés mettent en évidence l'absence d'une définition objective et reconnue de l'innovation. Pour certains, une solution consisterait à soumettre l'innovation à une commission de pilotage où seraient représentés les intérêts publics, commission chargée de d'évaluer la pertinence de telle recherche ou du développement de tel médicament déjà existant sous une autre forme. D'ailleurs, une autre question mérite d'être posée : celle du financement public de la recherche. Enfin, c'est l'existence d'une politique du médicament qui devrait être posée.

10. Les acteurs étatiques

Les autorités sanitaires assument un rôle de contrôle de la qualité et de la sécurité des médicaments. Elles exercent par ailleurs une régulation du prix des médicaments. Différentes structures interviennent et se répartissent ces compétences. Voyons de quelle manière elles contribuent à la cohérence du marché des médicaments.

Swissmedic

La loi sur les produits thérapeutiques LPT a mis fin au contrôle intercantonal des médicaments et procédé à la création de l'institut Swissmedic. Swissmedic est l'autorité nationale de surveillance des produits thérapeutiques. Afin que les médicaments puissent être remis aux consommateurs, ils doivent satisfaire à des normes scientifiques basées sur des critères de qualité, de sécurité et d'efficacité. Swissmedic est un institut autonome, rattaché au Département fédéral de l'Intérieur. Lors de la création de Swissmedic est apparue une opportunité de collaboration avec l'Union Européenne, celle-ci disposant d'une agence européenne assurant le contrôle de la qualité des médicaments. En Suisse, en raison de la petite taille du pays, les experts susceptibles d'assurer un rôle totalement indépendant dans le contrôle des médicaments sont peu nombreux. Ainsi, l'institut Swissmedic ne peut exclure le risque de conflits d'intérêts auxquels peuvent être confrontés certains de ses membres (Ducret & Mach, 2001). Toutefois, l'industrie pharmaceutique est opposée à l'abandon de Swissmedic.

L'article 32 LAMal prévoit que les médicaments remboursés par l'AOS doivent répondre aux critères d'efficacité, d'économicité et être appropriés. L'efficacité renvoie surtout à la surtété, comprise comme l'absence de toxicité d'une préparation. Le caractère approprié « concerne des caractéristiques d'applicabilité, mais aussi de l'utilité thérapeutique » (Boschetti, Gobet, Hunkeler & Muheim, 2006, p. 93). En ce qui concerne le caractère économique, l'examen « comprend surtout l'examen de l'efficacité relative et, bien entendu, l'examen du rapport efficacité/prix par rapport à des médicaments déjà admis au remboursement » (Boschetti, Gobet, Hunkeler & Muheim, 2006, p. 92). L'efficacité relative signifie que le médicament est comparé au seul usage du placebo et non pas à un médicament ayant une visée similaire. Dans les faits « [l'] examen d'admission [reste] limité aux données fournies par Swissmedic qui, dans bien des cas, ne suffisent pas pour une véritable comparaison entre différents médicaments, vu que souvent seule l'efficacité par rapport au placebo est documentée. Aussi faut-il constater qu'actuellement l'expérience clinique au moment de l'admission d'un nouveau médicament est souvent insuffisante pour évaluer l'efficacité propre d'une nouvelle substance, et encore moins adéquate pour évaluer l'efficacité relative par rapport aux médicaments déjà admis sur la liste des spécialités » (Boschetti, Gobet, Hunkeler & Muheim, 2006, p.96).

Dans ce contexte, les décisions de Swissmedic peuvent entraîner des incohérences avec d'autres logiques. Les fabricants de génériques estiment qu'en raison des décisions de Swissmedic, des obstacles existent à l'entrée du marché des génériques. En effet, l'institut exige désormais qu'un fabricant de génériques produise l'ensemble des dosages, formes et tailles d'emballages proposés par le fournisseur de la préparation originale. Cette exigence contraint le fabricant de génériques à produire des dosages et des formes qui ne répondent pas aux besoins des patients. Par conséquent, non seulement ces formes et dosages ne se vendent pas, mais en plus ils alourdissent la facture et donc le prix des génériques. Ce « surcoût inutile (...) conduit souvent à la décision de renoncer à la mise sur le marché d'un produit » (Intergenerika, 2011b). Autre illustration, la récente décision de Swissmedic d'augmenter les frais de dossier, qui apparaît pour le moins paradoxale pour les fabricants : « Tripler les coûts alors qu'on nous demande d'être moins cher ». Deux logiques contradictoires sévissent donc. D'un côté l'usage des génériques est encouragé ; de l'autre, la production en est découragée.

Commission fédérale des médicaments

La Commission fédérale des médicaments CFM (art. 37e OAMal) « conseille l'OFSP pour l'établissement de la liste des spécialités », mais n'est nullement en mesure de reconsidérer les décisions de

Swissmedic. Ne pouvant agir sur l'aspect central du rapport coût – qualité du médicament, la marge de manœuvre de la commission est particulièrement réduite. La composition de la commission est réglée à l'article 37e, al. 2 OAMal. Celle-ci compte vingt membres dont : quatre représentants des facultés de médecine et de pharmacie (experts scientifiques) ; trois médecins ; trois pharmaciens ; un représentant des hôpitaux ; trois représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA ; deux représentants des assurés ; deux représentants de l'industrie pharmaceutique ; un représentant des cantons ; un représentant de l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic). Les différents milieux concernés, mais aussi intéressés, sont représentés dans la commission.

Office fédéral de la santé publique OFSP

Avant la commercialisation du médicament, il revient à l'OFSP de fixer un prix sur la base du dossier fourni par l'entreprise pharmaceutique et en tenant compte des recommandations de la commission fédérale des médicaments CFM. L'action de l'OFSP renvoie incontestablement à la question centrale de l'allocation adéquate des ressources de santé et à l'objectif de maîtrise des coûts de la santé. L'Office est garant de l'intérêt général. Il exerce par conséquent une pression sur les prix, qui ne saurait plaire à l'industrie pharmaceutique. L'Association des entreprises pharmaceutiques estime que « les processus d'autorisation, de remboursement et de calcul des coûts par cas des médicaments doivent être efficaces, synchronisés, rapides, coordonnés sur le plan formel et matériel ainsi que transparents et neutres en termes de concurrence » (VIPS, 2011). Elle demande à ce que les processus d'évaluation et de décision soient clairement distincts et garantis par des spécialistes, contestant ainsi en quelque sorte la légitimité de l'Office fédéral.

11. Conclusions

La problématique des médicaments occupe une place particulière dans la recherche, pour deux raisons au moins. D'abord, parce qu'elle renvoie à une dimension « nationale », alors que tous les autres objets d'étude comparent des pratiques cantonales. Ensuite, parce que s'agissant de la cohérence du système de santé, elle met directement en présence des acteurs aux intérêts contradictoires. Ces acteurs ne sont pas simplement des acteurs institutionnels disposant d'une marge de manœuvre dans l'élaboration et l'application d'une politique publique, comme les cantons dans les chapitres précédents, par exemple. Ce sont ici des agents économiques privés, notamment l'industrie pharmaceutique. Dans le cas des médicaments émergent des oppositions entre les acteurs institutionnels chargés de l'intérêt général et de l'allocation optimale des ressources dans le domaine de la santé (l'autorité publique), notamment à travers la fixation du prix des médicaments ou l'incitation au développement du marché des génériques, et les acteurs économiques, les entreprises pharmaceutiques, aspirant au développement et à la production de médicaments générateurs de profits et de croissance sous l'angle de la rentabilité économique. On peut dès lors parler dans cette problématique de politique sanitaire d'une véritable exaltation du marché induisant la subordination de la politique.

En regard des objectifs de la LAMal, il s'est agi d'apprécier si les ressources publiques allouées pour le paiement des médicaments le sont à bon escient, si la part des coûts de la santé consacrée aux médicaments apporte une véritable plus-value thérapeutique pour la santé du patient ou si une part de ces ressources est dépensée sans réel intérêt pour la santé publique.

Cohérence

Dans la perspective de la cohérence du système de santé, plusieurs éléments peuvent être mis en évidence.

Le fonctionnement du marché des médicaments, en regard des objectifs de santé publique et du positionnement particulier des entreprises qui le constituent, pose problème. Du point de vue systémique, les finalités des deux acteurs centraux, l'industrie pharmaceutique et les autorités de politique sanitaire, sont fondamentalement contradictoires et s'affrontent. La législation de santé publique et sociale exige une utilisation optimale des ressources et la maîtrise des coûts de la santé. Les intérêts de la place économique suisse, donc aussi de politique générale, et de l'industrie pharmaceutique en particulier visent le développement de la recherche et de l'innovation, la production de richesse et le profit optimal. L'équilibre est délicat à trouver. Politiquement, il y a incohérence entre la politique économique et la politique de santé. Deux politiques publiques se heurtent dans ce domaine.

Relativement à la loi sur l'assurance-maladie, il y a incohérence entre la maîtrise des coûts ou l'accès aux soins et le positionnement du secteur pharmaceutique. Les modes d'estimation des prix, les comparaisons de prix avec d'autres pays, les importations parallèles, les mesures relatives au marché des génériques, la problématique des fausses innovations ou encore la faible recherche dans le domaine des maladies orphelines expriment ces nombreuses incohérences.

Du point de vue réglementaire, le développement des normes est également l'expression d'incohérences résultant d'une absence de véritable politique du médicament en Suisse. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le marché des médicaments a subi diverses évolutions et changements qui touchent tant la question du prix des médicaments que les pratiques de prescription ou de remboursement. De 1998 à 2012, on observe ainsi une succession d'aménagements ponctuels des règles du jeu, répondant d'abord à des impératifs politiques, touchant tantôt le fonctionnement du marché (dissolution de Sanphar, importations parallèles), tantôt l'évolution des coûts (droit de substitution, quote-part, génériques, réexamen du prix). Les revendications des acteurs politiques (comparaisons des prix), professionnels (rémunération du pharmacien) ou de l'industrie dictent également le calendrier des actions menées. Globalement, malgré la diversité des mesures, l'absence de transparence dans la construction argumentaire sous-tendant les décisions, une ligne générale de baisse des prix, donc des coûts à charge de l'assurance-maladie sociale se dégage. Il y a donc une cohérence entre les mesures prises et l'objectif d'économicité de la LAMal, quand bien même certaines de ces mesures peuvent apparaître comme incohérentes car contradictoires (effet pervers de la franchise, certains patients renonçant au médicament). Relevons, dans cet ensemble de transformations, que les assureurs maladie, principaux payeurs dans le système, apparaissent peu.

Ethique

L'objectif de gain maximal suppose pour les entreprises pharmaceutiques de privilégier les volumes de production et de vente très importants. Cette situation amène une concentration de la recherche et des développements sur les maladies à fort potentiel économique, notamment par la pratique des fausses innovations, et non sur les maladies rares et orphelines. L'accès aux soins, en l'occurrence aux médicaments, pour les patients concernés peut s'avérer impossible, voire fortement réduit, soit pour

des raisons de non-existence d'une substance médicamenteuse, soit pour des raisons de coûts extrêmement élevés.

La question du lien entre les profits importants générés par l'industrie pharmaceutique et l'accès de la population aux médicaments et du prix à la charge des assurances sociales, donc des mécanismes de solidarité, interpelle. Dans ce cadre, et en marge de l'analyse à proprement parlé, les salaires élevés, voire mirobolants, des cadres des industries pharmaceutiques et la difficulté d'une grande partie de la population à assumer la charge des primes d'assurance-maladie et des autres dépenses directes de santé renvoie inéluctablement à une dimension éthique s'agissant de cette problématique.

Enfin, la question de la transparence mérite d'être relevée. Alors que, depuis de nombreuses années, tous les secteurs du domaine de la santé publique ont été contraints de renforcer clairement la transparence de leurs pratiques, plus particulièrement en matière de coûts, le secteur du médicament demeure parfaitement opaque. Cela peut apparaître comme une incohérence majeure, en décalage total d'avec les principes édictés dans l'assurance-maladie. Concrètement, la transparence fait clairement défaut dans le calcul des prix. Quand bien même les entreprises pharmaceutiques réalisent une partie importante de leur chiffre d'affaires à travers le financement des assurances sociales (principalement maladie et accidents, en Suisse), la capacité des autorités sanitaires (OFSP, CFM, Swissmedic) d'exiger des informations statistiques fiables sur les coûts de la recherche et de la production, par exemple, est réduite, insuffisante. La transparence fait également défaut en ce qui concerne les rabais octroyés par les entreprises pharmaceutiques aux fournisseurs de soins, qu'il s'agisse des hôpitaux ou des médecins. Le compérage reste enfin une problématique délibérément ignorée, alors qu'il sévit manifestement.

Références bibliographiques

Législation fédérale et interventions politiques

Conseil fédéral (1998). *Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998* - FF 1999 727.

Conseil fédéral (1999a). *Message concernant une loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPT) du 1er mars* - 99.020.

Conseil fédéral (1999b). *Message du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire « Pour des médicaments à moindre prix » du 12 mai 1999* - 99.0443.

Conseil fédéral (2000) *Réponse du Conseil fédéral à la question ordinaire urgente : Gysin Hans Rudolf (2000). Importations parallèles de médicaments. Estimations de l'OFAS* – 00.1024.

Conseil fédéral (2004). *Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care) du 15 septembre 2004* - 04.062.

Conseil fédéral (2010). *Message relatif à la modification de la loi sur les brevets du 21 décembre 2010* - 08.010.

Loi fédérale du 25 juin 1954 sur les brevets d'invention (Loi sur les brevets, LBI) – 232.14.

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) – RS 832.10.

Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPT) – 812.21.

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) – 832.102.

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

Office fédéral de la santé publique (2005b). *Examen du prix des médicaments figurant dans la liste des spécialités (LS). Fiche d'information*. Berne : OFSP.

Office fédéral de la santé publique (2006a). *Mesures de l'assurance-maladie. Fiche d'information*. Berne : OFSP.

Office fédéral de la santé publique (2007). *Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal). Modifications au 1^{er} août 2007 et 1^{er} janvier 2008. Commentaires*. Berne : OFSP

DFI (2011, 2 février). *Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS). Modifications pour le 1^{er} mars 2011. Teneur des modifications et commentaire*. Berne : DFI

Ouvrages

Boschetti, Pietro, Gobet, Pierre, Hunkeler, Joseph, Muheim, Georges (2006). *Le prix des médicaments, l'industrie pharmaceutique suisse*. Lausanne : Ed. d'En Bas.

Interpharma (2010). *Le marché du médicament en Suisse*. Bâle : Interpharma.

OCDE (2003). Le secteur de la santé souffre d'un problème de réglementation. In OCDE, *Etude économique de l'OCDE sur la Suisse*. OECD Publishing.

Roth, Sacha & Moreau-Gruet Florence (2011). *Consommation et coût des médicaments en Suisse. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009*. Observatoire suisse de la santé : Neuchâtel.

Articles/revues

Abecassis, Philippe & Coutinet, Nathalie (2008). Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques. *Horizons stratégiques*, 7, 111-139.

Decollogny Anne, Hafion Patricia & M Lufkin Thomas (2001). Determinants of generic drug substitution in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 11, 17.

Decollogny, Anne (2006, avril) La situation des génériques en Suisse. *Revue Managed Care*, 3.

Grandfils Nathalie, Paris Valérie & Sermet Catherine (2004). Les laboratoires pharmaceutiques face à l'arrivée des génériques : quelles stratégies pour quels effets. *Bulletin d'information en économie de la santé*, 84.

Grelaud, Gilles, Almeras, David, Bohand, Xavier & Dussard, Claude (2008). Politique du médicament, les déterminants, les logiques et les acteurs ». *Gestions hospitalières*, 474, 192-198.

Kraft Peter (2007). Modification de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) – Autres mesures favorisant une baisse des prix des médicaments. *Infosantésuisse*, 9.

Prescrire (2011). L'année 2010 du médicament : évaluation insuffisante, patients trop exposés. *Revue prescrire*, 31(328), 134.

Strahm Rudolf (2006). Pourquoi les biens de consommation sont-ils si chers en Suisse ? *La Vie économique*, 6, 10-14

Zaug Julie (2009). Médicaments. Nous payons 1.3 milliards de trop. *L'Hebdo*.

Récupéré de http://www.hebdo.ch/medicaments_nous_payons_milliard_de_trop_39657_.html

Rapports/Etudes

Coulomb, Alain & Baumelou, Alain (2007). *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution. Marché, comportements, positions des acteurs*. Mandat du Ministère de la santé et de la protection sociale.

Commission de la concurrence (2000). *Rapport annuel 2000 de la Commission de la concurrence selon l'article 49 alinéa 2 LCart*. Berne : Commission de la concurrence.

Conseil fédéral (1999c). *Brochure explicative du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire "Pour des médicaments à moindre prix"*. Berne : Conseil fédéral.

FRC (2007). *Réponse à la « Consultation sur le choix du régime de l'épuisement en droit des brevets*. Lausanne : FRC.

Interpharma & Scienceindustries (2011). *Crise monétaire et industrie pharmaceutique. Conséquences de la force du franc. Dossier thématique Politique de santé*. Bâle et Zurich : Interpharma & Scienceindustries.

Intergenerika (2011a). *En finir avec la discrimination des génériques sur la quote-part différenciée*. Generika News, Information actuelle de l'association Intergenerika.

Intergenerika (2011b). *Le renforcement des obstacles administratifs entrave l'introduction de nouveaux génériques* ». Generika News, Information actuelle de l'association Intergenerika.

Kanavos Panos, Costa-i-Font Joan, Merkur Sherry & Gemmill Marin (2004). *The economic impact of pharmaceutical parallel trade in european union member states : a stakeholder analysis*. London : London school of economics and political science, LSE health and social care.

Livio Françoise, Buclin Thierry, Pannatier André, Biollaz Jérôme. (2006). Génériques et articles 38a OPAS : quel impact ? *Revue Médicale Suisse*, 61.

Santésuisse (2006). *Comparaison des prix des génériques en Suisse et à l'étranger. (Rapport relatif à l'exposé de Fridolin Marty)*. Soleure : Santésuisse.

Surveillant des prix (2003). Mutations dans la liste des spécialités : moteur de l'explosion des coûts. In *Rapport annuel 2003* (p. 1069). Berne : Surveillant des prix.

Vaterlaus Stephan, Suter, Stephan & Fisher Barbara (2011). *Importance de l'industrie pharmaceutique pour la Suisse*. Interpharma/Polynomics.

Communiqués de presse/papiers de positionnement.

Département fédéral de l'intérieur (2002, 20 février). *Assurance-maladie : Le Conseil fédéral approuve la convention tarifaire relative aux prestations fournies par les pharmaciens*. Berne : DFI.

Département fédéral de l'intérieur (2007, 25 septembre). *Mesures prises par le DFI pour baisser le prix des médicaments (2004-2007)*. Berne : DFI.

Département fédéral de l'intérieur (2011). Importations parallèles.
Récupéré de <http://www.evd.admin.ch/themen/00129/00183/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (2005a, 13 septembre). *Médicaments : baisse des prix et nouveau système d'examen des prix ; Economie d'au moins 250 millions sur les médicaments*. Berne : OFSP

Office fédéral de la santé publique (2009, 1^{er} juillet). *Assurance-maladie : Mesures visant à abaisser le prix des médicaments*. Berne : OFSP

Office fédéral de la santé publique (2012, 21 mars). *Prix des médicaments : fluctuations des taux de change prises en compte*. Berne : OFSP

Santésuisse (2005, 20 avril). *Une nouvelle approche est urgente : les Suisses paient leurs médicaments trop cher*. Soleure : Santésuisse.

Santésuisse (2008). *Loi sur les brevets/importations parallèles. Papier de positionnement*. Soleure : Santésuisse.

Santésuisse & Interpharma (2009, 16 novembre). Communiqué de presse. Récupéré de <http://www.interpharma.ch/fr/media/Ancienscommuniqu%C3%A9s.asp#gemeinsamer Preisvergleich F>

Emissions TV/Radio :

Bertrand Agacé (2001). *Pénurie de médicaments*. Paris : Europe 1.

Récupéré de <http://www.europe1.fr/France/Penurie-de-medicaments-Bertrand-agace-652301/>

Ducret Isabelle & Mach Philippe (2001). *Faut-il avoir peur des médicaments ?* Genève : TSR.

Sources internet /sites internet

Forum Santé Gesundheit (2000). La politique du médicament dans l'incertitude. Récupéré de <http://www.forumsante.ch/fr/sessions-pr-c-dentes>

Toumi, Mondher (2011, 3 juin). *L'accès au marché des médicaments : la nouvelle vague ?*

Récupéré de <http://lecercle.lesechos.fr/economie-societe/rechercheinnovation/221134887/acces-marche-medicaments-nouvelle-vague>

VIPS (2011). Récupéré de

<http://www.vips.ch/index.cfm?s=TmpStandard&action=hm15&hmlD=15&um1ID=16&contentID=55&z=2>

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 6.1 : Industrie pharmaceutique en Suisse, 2010	307
Tableau 6.2 : Volume de marché de la prescription originale et différence de prix minimale entre le générique et la préparation originale	317
Tableau 6.3 : Stratégies développées par les producteurs d'originaux	321
Tableau 6.4 : Quote-part payée pour un médicament original et son générique	323

Figures

Figure 6.1 : Marchés des médicaments : synthèse	305
Figure 6.2 : Part des médicaments (hors médicaments dispensés en hôpitaux) rapportés aux coûts totaux de la santé.....	305
Figure 6.3 : Part des médicaments aux coûts de la santé (en %)	306
Figure 6.4 : Part des pratiques médicales facultatives dans le marché total (en %).....	306
Figure 6.5 : Médicaments vendus dans le commerce de détail, selon l'agent payeur, années 1996 - 2009.....	307
Figure 6.6 : Personnes actives dans l'industrie pharmaceutique, Suisse, 1990 - 2008.....	308
Figure 6.7 : Part de la valeur ajoutée de l'industrie pharmaceutique au PIB, 1990 - 2010	308

Annexe 1

Entretiens semi-directifs réalisés

Marcel Mesnil : Secrétaire général pharmaSuisse [relecture]

Pierre Gobet : Professeur à l'EESP, sociologue et infirmier

Gianfranco Domenighetti : Economiste de la santé, Professeur à l'Institut d'économie et de management de la santé

Christian Robert : Pharmacien cantonal, Genève

Martin Rubeli : Ressort Kommunikation, VIPS

Anne Decollogny : Pharmacienne diplômée, membre de la CFM [relecture]

Peter Huber : Geschäftsführer, Intergenerika [relecture]

Jacques-Henri Weidmann : Public Affairs, Market Access & Communication Director, Sanofi-Aventis [relecture]

Josef Hunkeler : Spécialiste des médicaments auprès de la Surveillance des Prix, Département fédéral de l'économie

Chapitre 7

Conclusions générales : Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé

Cinq thèmes d'analyse ont été retenus dans cette recherche pour cerner et comprendre les dimensions de cohérence et d'éthique en matière de l'allocation des ressources dans le domaine de la santé publique suisse : 1. La planification hospitalière ; 2. Le financement des soins ; 3. La réduction des primes d'assurance-maladie ; 4. La clause du besoin en matière de démographie médicale ambulatoire ; 5. Les médicaments. Ces problématiques ont été étudiées dans les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud et mises en perspective de la loi fédérale sur l'assurance maladie LAMal, à travers ses principes (dont la solidarité) et ses exigences (dont économicité, qualité, efficacité des prestations).

Les fondements institutionnels helvétiques que sont le fédéralisme, la subsidiarité ou le libéralisme, fortement ancrés dans l'élaboration et l'application des politiques de santé, sous-tendent le questionnement de la recherche. Les pratiques cantonales et les diversités de situations qui en résultent, tant sous l'angle de l'organisation du système de santé (répartition des compétences, définition de l'offre) que des inégalités pour la population, sont facilement perceptibles. La recherche, en documentant rigoureusement certaines pratiques, a permis d'objectiver une réalité et d'en faire la synthèse. Elle montre comment se construisent, se transforment, voire se déconstruisent, les différents champs des politiques sanitaires. Elle présente comment agissent les cantons en regard des marges de manœuvre dont ils disposent. Elle porte un regard analytique sur le lien entre Confédération et cantons dans l'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Le fonctionnement et la gouvernance de la politique de santé sont ainsi rigoureusement décortiqués et mis en évidence.

Cette perspective de gouvernance est centrale. Après le temps des combats sociaux qui ont abouti à la reconnaissance politique des enjeux de politique sanitaire avec l'adoption des législations sur l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité ou l'assurance-militaire ; après le temps de la construction et l'organisation des organes d'application de ces législations (caisses-maladie, offices AI, SUVA, etc.) ; après le temps du développement et des nombreuses réformes, pas terminées d'ailleurs, des institutions sanitaires (hôpitaux, établissements médico-sociaux, organisations de soins et soutiens à domicile, etc.) ; après le temps de l'évaluation et de la qualité (économicité, efficacité, efficience) ; après le temps des fulgurants progrès technologiques, le temps est venu du bilan structurel et systémique. Les pratiques observées dans la recherche débouchent sur la conclusion qu'il n'y a d'autre issue que de repenser l'organisation du système de santé dans la perspective de sa modernisation, de sa cohérence, de son efficience et sous l'angle de l'égalité de traitement des citoyen.ne.s, tant les disparités entre cantons sont nombreuses et importantes. Le défi est ainsi, entre autres, justement celui de cerner la frontière, subtile, entre différences (à maîtriser) et disparités (à corriger). Les analyses entreprises dans l'étude sont partie intégrante de cette démarche d'objectivation.

La recherche a été conçue et est réalisée en regard de l'hypothèse suivante. *La cohérence du système de santé suppose que les acteurs interagissent sur la base de valeurs et de références communes, articulées autour de représentations collectives partagées et structurées. Pour que les processus décisionnels en matière d'allocation des ressources soient cohérents et respectent des principes de justice, ils doivent être fondés sur des principes de référence, dont éthiques, implicites ou explicites.* Pour y répondre, il s'est agi : 1. de démontrer par quels acteurs, dans quels espaces décisionnels, selon quels processus et à l'aune de quels critères les choix d'allocation des ressources sont déterminés ; 2. d'apprécier le degré de cohérence des décisions entre les différents acteurs, les différents niveaux institutionnels et la mise en œuvre des politiques sanitaires ; 3. de comprendre comment la dimension éthique s'inscrit dans les processus et sous-tend les nombreuses décisions d'allocation des ressources de santé.

Pour apprécier la cohérence d'une politique publique, plus particulièrement pour affirmer la concrétisation de la cohérence, il a été postulé que les différentes décisions et activités devaient se renforcer, ne pas se contredire et être adéquates par rapport aux objectifs visés. C'est en regard de ces trois critères de renforcement, de non-contradiction et d'adéquation que se conclut l'analyse.

Les perspectives de cohérence et de dimension éthique s'inscrivent dans le cadre général de la régulation du système sanitaire, laquelle met en jeu les différents acteurs que sont les gestionnaires (étatiques et hospitaliers), les médecins et autres professionnels de la santé, les financeurs (organismes payeurs), les patients (citoyens ou organisations de patients et de consommateurs). Les processus d'allocation impliquent donc des choix de distribution des différents types de ressources : biens et services, ressources humaines et financières, moyens technologiques, infrastructures spécialisées. Ces choix multiples sont au cœur de l'analyse, où ils ont été décortiqués à travers l'examen des cinq champs d'étude présentés.

7.1. Fédéralisme

La question du fédéralisme est au centre de la problématique. Elle constitue à la fois le cadre institutionnel de référence et l'espace de la régulation et de mise en œuvre des politiques de santé. C'est donc à ce niveau que se situent essentiellement les enjeux de cohérence. Quatre thèmes de la recherche (la planification hospitalière, le financement des soins, la réduction des primes d'assurance-maladie et la clause du besoin) renvoient directement à ce principe structurel, le cinquième thème (médicaments) le dépassant. La synthèse ci-après reprend les éléments essentiels découlant de l'analyse.

a) Absence d'objectifs communs

- Planification hospitalière. Au-delà des principes généraux énoncés dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal, qui impose un objectif de planification hospitalière, et dans les législations cantonales, rien ne contribue à instaurer en Suisse une planification coordonnée, voire harmonisée, du domaine hospitalier, qu'il s'agisse des soins somatiques aigus, de la psychiatrie, de la réhabilitation ou de la médecine hautement spécialisée. Jusqu'à la mise en œuvre de la révision LAMal consacrée au financement hospitalier, en 2012, la Confédération n'édicte aucun critère. L'évolution historique des politiques cantonales donne le cadre de référence et sous-tend les processus de rationalisation et d'innovation en matière de planification. Les standards médicaux ne s'imposent pas systématiquement, souvent confrontés aux contingences de politique économique

ou/et régionale. Cela vaut également pour la médecine de pointe. Aux enjeux médicaux (notion de masse critique) s'opposent des contraintes et intérêts relevant tant du prestige, de la formation que de la recherche. Conséquence, les tribunaux supplantent les décisions des autorités politiques ou sanitaires cantonales.

- Réduction des primes. L'analyse montre et confirme l'absence d'objectif social déterminé et l'échec de plusieurs tentatives de clarification de celui-ci par le législateur fédéral. De plus, aucun canton ne fixe d'objectif précis. Ainsi, la marge de manœuvre des cantons est totale pour définir la notion et les seuils caractérisant les assurés « économiquement modestes », générant de nombreuses disparités. De plus, ces disparités sont exacerbées par les spécificités inhérentes à d'autres politiques et pratiques cantonales, qu'elles soient de nature sociale, fiscale, économique ou budgétaire.
- Clause du besoin. La diversité des situations cantonales rend la définition d'objectifs communs impossible en ce qui concerne l'offre de médecins exerçant en pratique privée. Cantons avec de grandes villes, cantons frontiers, périphériques ou universitaires connaissent des situations fort différentes, tant quantitativement que qualitativement en regard de la répartition de l'offre entre médecins généralistes et spécialistes. Une approche uniforme ne fait donc pas sens, qui plus est dans un processus sans anticipation rigoureusement élaborée, ni négociation et instauré de manière urgente.
- Financement des soins. Le cadre fixé par la LAMal est général et accorde aux cantons une marge de manœuvre très importante. Il peut cependant s'avérer contraignant, par exemple lors de l'introduction de tarifs-cadre, en 1998, ou par l'ordonnance sur le calcul des coûts. S'il n'y a pas d'objectifs quantifiés uniformes, les règles imposées contribuent à renforcer la cohérence des objectifs de transparence et de maîtrise des coûts.
- Marché des médicaments. Il occupe une place particulière dans l'étude de la cohérence du système de santé, en ce sens qu'il met directement en présence des acteurs aux intérêts contradictoires, les autorités politiques et administratives chargées de l'intérêt général et de l'application LAMal et les entreprises pharmaceutiques en quête d'une maximisation de leurs profits. Cette situation est un obstacle évident à l'élaboration d'objectifs communs, soit en terme de santé publique (orientation de la recherche) que sous l'angle de l'économicité (prix). Si les interventions de régulation sont nombreuses, on ne peut cependant pas parler d'une politique articulée autour d'objectifs clairement déterminés.

b) Disparités dans l'allocation des ressources

- Planification hospitalière. Qu'il s'agisse de la densité de lits ou des journées d'hospitalisation, des taux d'occupation ou de la durée de séjour, du point de vue quantitatif, les situations hospitalières cantonales sont très disparates. Il en est de même des évolutions observées dans les différents cantons. Dans chaque canton, les processus de planification dépendent étroitement des situations et développements historiques de leur propre organisation sanitaire. D'autant plus que les objectifs quantitatifs énoncés dans la définition de l'offre hospitalière sont plutôt sommaires. Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, l'histoire et les particularismes locaux ou les positionnements politiques sous-tendent les modalités d'allocation des ressources. On ne trouve ainsi pas de référence à la population couverte par les hôpitaux universitaires dans telle ou telle

discipline ou à des standards médicaux précisément définis, reconnus et appliqués. Au contraire, il existe une concurrence certaine, qui se traduit notamment par des conventions bilatérales établies entre établissements universitaires et cantons ou centres hospitaliers cantonaux ou régionaux.

- Réduction des primes. Le financement des subventions aux assurés économiquement modestes montre que si le nouveau système introduit avec la réforme de la péréquation financière RPT renforce la cohérence de la subvention fédérale, rien ne précise le niveau de la contribution cantonale. Ainsi, la plupart des cantons ne parviennent pas à adapter leur engagement à l'évolution de la prime moyenne, de l'indice du salaire nominal ou de l'indice des prix à la consommation, ce qui affaiblit dans le temps l'impact social effectif de la mesure. De plus, entre les cantons, les modalités de définition des revenus déterminant les seuils d'accès aux prestations diffèrent. Une harmonisation des pratiques serait judicieuse. Si l'incohérence des systèmes cantonaux de réduction des primes ne peut être avancée, de véritables questions d'équité se posent. Le système de réduction des primes semble ne correspondre en effet au principe d'équité que de manière limitée.
- Clause du besoin. Sa mise en œuvre soudaine, de manière urgente, sans concertation ni préparation, ne tient pas compte des réalités cantonales. Ainsi, la clause du besoin n'est utilisable que pour les cantons disposant de régions avec une offre globale excédentaire (Genève) et en partie lacunaire (Vaud, Berne, Neuchâtel). Par contre, la clause du besoin n'est pas utile aux cantons du Valais, du Jura, de Fribourg. Au Tessin, c'est un instrument restrictif et inefficace. Il ne peut donc y avoir d'objectifs communs pour une telle mesure, encore moins d'allocation uniforme des ressources dans la pratique privée ambulatoire. La mesure s'avère inadéquate pour appréhender les situations de déséquilibre structurel existant dans la relation entre offre et demande de médecins.
- Marché des médicaments. L'objectif de gain maximal suppose pour les entreprises pharmaceutiques de privilégier les volumes de production et de vente très importants. Cette situation amène une concentration de la recherche et des développements sur les maladies à fort potentiel économique, notamment par la pratique des fausses innovations. Dès lors, les maladies rares et orphelines sont marginalisées. Les disparités dépassent ainsi le cadre de référence cantonal mais concernent directement, le cas échéant, les citoyens.

c) Incohérences

- Planification hospitalière. Ce champ, bien que comportant évidemment une dimension médicale incontournable, est totalement dépendant de son contexte, qu'il soit politique, culturel, régional ou économique. Cet environnement « extra-sanitaire » influence tout autant, si ce n'est davantage les décisions de planification que les seules références et exigences médicales et techniques. Dès lors, la dimension rationnelle des processus de planification est fortement influencée et soumise aux contraintes relevant d'autres dimensions : émotionnelles, partisans, régionales, économiques. Outre la tendance générale de réduction de l'offre, la dimension fédéraliste des planifications exacerbe les spécificités cantonales. On ne peut donc parler de cohérence, ni entre les pratiques cantonales, ni au sein des démarches intracantonales, ni entre les processus cantonaux et la référence LAMal. Néanmoins, les critères énoncés par le Conseil fédéral dans l'ordonnance d'application en vigueur depuis 2009 contribueront à l'avenir à harmoniser les méthodes de planification. Si la prise en considération et les particularismes du contexte ne sont pas contestés, celui-ci ne saurait être le prétexte pour éviter les réformes ou sous-évaluer les principes de référence applicables au système de santé, au-delà des spécificités locales ou régionales.

- Réduction des primes. En termes de cohérence et d'équité, la suspension du remboursement des prestations intervenue en 2006 (art. 64a LAMal) est révélatrice d'un problème réel et relève clairement de l'incohérence. Le non recours aux soins qu'elle induit pour une grande partie du groupe cible, réellement insolvable, contrevient au principe d'obligation d'assurance et d'accès aux soins en même temps qu'il affaiblit l'équité de la mesure.
- Clause du besoin. Décidée dans l'urgence et pensée comme une mesure limitée et exceptionnelle, les modalités d'élaboration des décisions, d'anticipation et de mise en œuvre constituent une incohérence fondamentale, problématique du point de vue de la gestion d'une politique publique. Les cantons ont été contraints de développer leurs propres stratégies pour respecter la loi et utiliser au mieux la mesure, dans un environnement de grande incertitude, puisque celle-ci fut prolongée à trois reprises, empêchant une action concertée inscrite dans la durée. La mesure ayant échoué à fin 2011, aucune des alternatives ne confère de pouvoir de régulation aux cantons, surtout pour ceux ayant appliqué la mesure. Une politique publique est ainsi déconstruite aussi abruptement qu'elle a été instituée.
- Financement des soins. Incontestablement, des inégalités de traitement caractérisent les citoyens en matière de financement des soins. Selon leur domicile, ils jouissent certes des mêmes droits, mais de prestations différentes. L'offre de prestations (lits d'EMS, personnel de soins à domicile, subventions), leur prix (tarif des soins, prix de pension) ou les instruments de gouvernance (évaluation des soins, production statistique) varient clairement selon les cantons. Une question d'équité est clairement posée par l'étude du financement des soins.
- Marché des médicaments. S'il y a une cohérence entre les mesures prises et l'objectif d'économicité de la LAMal, le développement des normes est l'expression d'incohérences résultant d'une absence de politique du médicament en Suisse. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les nombreux changements touchent tant la question du prix des médicaments que les pratiques de prescription ou de remboursement. Cette succession d'aménagements répond à des impératifs politiques, qui touchent tantôt le fonctionnement du marché (dissolution de Sanphar, importations parallèles), tantôt l'évolution des coûts (droit de substitution, quote-part, génériques, réexamen du prix). Les revendications des acteurs politiques (comparaisons des prix), professionnels (rémunération du pharmacien) ou de l'industrie dictent le calendrier.

Ces différents éléments confirment l'intérêt et la pertinence du cadre d'analyse retenu, proposé par Contadriopoulos, qui met en perspective trois niveaux d'allocation des ressources en santé (macro, méso et micro). Appréhender le système fédéraliste de santé, par la relation entre LAMal et applications cantonales et par la comparaison entre les cantons, permet une vision d'ensemble dynamique. On observe ainsi que le système et ses différents modes de fonctionnement sont certes complexes, mais surtout beaucoup plus articulés que l'on pourrait l'imaginer. Ainsi, globalement, plus que la question de la cohérence du système de santé, ce sont sa diversité et les conséquences en termes d'inégalités de situations des citoyens selon le canton de domicile qui interpellent.

Cadre juridique commun

Si la marge de manœuvre laissée au canton par la législation fédérale empêche formellement et méthodologiquement d'affirmer que le système suisse de santé est « incohérent », les processus de planification hospitalière cantonaux, la pratique du subventionnement des assurés économiquement modestes, la mise en œuvre de la clause du besoin ou les modalités d'application du financement des soins expriment toute la diversité des approches cantonales. Les absences de références communes, de coordination ou d'harmonisation dénotent la coexistence de systèmes de santé très indépendants dans la détermination des règles de leur fonctionnement. Sans objectifs et priorités politiques énoncées, nomenclatures ou terminologies uniformes, avec des instruments de pilotages et des données statistiques pas toujours harmonisées, avec des répartitions de compétences différentes entre cantons et communes et entre acteurs, à l'image des cantons étudiés, le système suisse de santé apparaît sans unité. L'évolution des modes de vie, notamment par la mobilité de la population, les transformations technologiques, la concrétisation des exigences d'économicité, de qualité, d'efficacité ou d'efficience imposées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie renvoient à la nécessité d'envisager pour le système de santé suisse l'élaboration d'un cadre juridique unique de référence, auquel seraient rattachées, de manière directe et cohérente, les législations cantonales.

7.2. Libéralisme et régulation

Le système de santé est fortement ancré dans la construction libérale des institutions politiques et de la mise en œuvre des politiques publiques. L'Etat n'y joue formellement qu'un rôle subsidiaire, quand bien même son rôle de régulation se renforce, tant au sein des cantons qu'entre la Confédération et les cantons et entre les autorités fédérales et cantonales et les nombreux acteurs privés qui participent à l'allocation des ressources. Dans tous domaines étudiés, cette conception systémique interfère sur la définition et l'organisation de l'offre de prestations et, par conséquent, sur l'application des législations fédérales.

Les relations public - privé en matière de planification hospitalière ; assureurs – cantons dans le cadre de la réduction des primes d'assurance-maladie ; cantons – médecins s'agissant de la démographie médicale ; cantons et communes – EMS et organisations d'aide et de soins à domicile ; ou Confédération – industrie pharmaceutique dans le marché des médicaments sont l'expression tangible de cette situation spécifique, qui réunit les acteurs publics, para-publics et privés et des tensions qui en découlent dans une perspective de régulation imposée par les objectifs d'économicité et d'efficacité énoncés dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Ces tensions renvoient les autorités, qu'elles soient politiques ou administratives, à une quête délicate d'équilibres dans un système qui s'avère parfois indécis, tiraillé entre une conception libérale et un intérêt public prépondérant à respecter. Cela explique pourquoi une infinité de problèmes et malentendus, minant la cohérence du système, émerge constamment dans la définition de l'allocation des ressources.

A cet égard, les processus de planification hospitalière ou les évolutions réglementaires du marché des médicaments sont les révélateurs patents d'une situation ambivalente, génératrice d'oppositions vives et de conflits selon les intérêts prédominants défendus par les acteurs. Dans ce domaine, l'ambivalence entre les deux principes de concurrence et de planification provoque à la fois des situations de blocage, des processus de décision très longs et de prédominance des politiques régionales sur l'adéquation médicale, en raison de la non-homogénéité des acteurs et de leurs intérêts contradictoires. Le risque,

voire le piège, d'une telle situation, consiste au fait qu'en ultime recours, les tribunaux suppléent les carences des décisions politiques.

Avec la clause du besoin apparaît également la contradiction entre les fondements libéraux du système et l'intervention étatique visant la régulation de l'offre de médecins en pratique privée. L'analyse montre que les acteurs, d'une part, reconnaissent la nécessité d'une régulation de l'offre de fournisseurs de soins mais, d'autre part, n'entendent pas dépasser une posture idéologique privilégiant la dimension libérale et de marché du système de santé. Au moment de sortir du moratoire sur le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, le positionnement des cantons est révélateur de cette tension. Ceux-ci ne sont pas unanimes, notamment au sein de leur conférence nationale (CDS). Certains, qui ont pris des mesures de régulation, regrettent et craignent la fin de la politique de régulation ; d'autres s'en satisfont. Cette absence de position commune fragilise la cohérence de la mesure et affaiblit la capacité des cantons de participer à l'élaboration d'une solution globale avec la Confédération.

7.3. Ethique

Afin que l'allocation des ressources puisse tendre vers une acceptation aussi unanime que possible, celle-ci doit ou devrait se baser sur des critères de justice. Plus la distribution sera ou, pour le moins, semblera juste, plus celle-ci sera acceptée par les acteurs. La loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal fait partie intégrante du système helvétique d'assurances sociales, ce qui l'associe étroitement au concept de justice distributive. La loi prévoit (art. 32, al. 1 LAMal) que les prestations prises en charge soient « efficaces, appropriées et économiques ». Ces conditions, si elles ne semblent pas être à proprement parler des critères éthiques, renvoient néanmoins aux critères d'efficacité technique et d'efficacité allocative. Elles s'inscrivent dans la perspective globale de justice et correspondent aux objectifs du système de santé : garantir à toute la population un accès aux soins appropriés, ce qui suppose une structure adéquate et une égalité des chances pour tous ; être efficace ; répondre aux besoins et rester maîtrisable ; utiliser de manière efficiente les ressources disponibles.

Dans le cadre de l'analyse, fortement marquée par les questions de gouvernance en regard du fonctionnement fédéraliste du système de santé, la dimension éthique est complexe à appréhender, bien plus que celle renvoyant à la problématique de la cohérence. Quelques éléments peuvent être mis en évidence.

- Planification hospitalière. Si les critères de planification, donc d'allocation des ressources, sont d'abord d'ordre médical (masse critique, qualité), en réalité ils comportent d'autres dimensions, qui influencent directement les processus de décision : économique, régionale ou géographique, politique. Ainsi, plus que la dimension éthique, ce sont des modalités de gouvernance qui sous-tendent les choix des autorités sanitaires. Toutefois, les notions d'équité, d'égalité de traitement ou de liberté, à la fois des citoyens – assurés et des patients par rapport à l'offre hospitalière cantonale et/ou régionale, font sens et doivent être débattues. On observe ainsi qu'en matière de planification hospitalière, ces éléments confèrent à la question éthique une dimension de portée générale. Parce qu'elle se rapporte d'abord à des infrastructures, par leur quantité et leur répartition géographique, et non pas à des prestations directement allouées aux personnes, assurés (en matière de réduction des primes) ou patients (financement des soins), la dimension éthique renvoie d'abord à la notion d'égalité de traitement de la population envers l'offre de prestations, qu'il s'agisse d'hôpitaux de soins somatiques aigus ou de médecine hautement spécialisée. Cela signifie par ailleurs aussi que

les décisions d'allocation doivent d'abord tenir compte de l'intérêt collectif, général, et non des intérêts particuliers.

- Réduction des primes. De manière générale, les modalités d'application du subventionnement en faveur des assurés économiquement modestes expriment la volonté des cantons d'améliorer l'équité du financement de l'assurance-maladie, lequel ne tient pas compte de la capacité économique des assurés, respectivement des ménages. Les politiques de réduction des primes sont conditionnées par des impératifs budgétaires cantonaux, lesquels dépassent le seul cadre de la mise en œuvre de la LAMal. Chaque canton définit ainsi les contours d'une « justice sociale locale » qui lui est propre. Pour certains, l'axe prioritaire d'action se concentre sur le maintien du revenu des ménages ; pour d'autres, il est orienté sur l'aide aux plus pauvres. Ainsi, les politiques redistributives varient d'un canton à l'autre. Et puis, s'agissant de la suspension des prestations, qui a été appliquée durant la période étudiée, elle est en contradiction avec l'accès aux soins pour tous et l'obligation d'assurance. Ces éléments génèrent des problèmes d'équité – inéquité d'application de la législation fédérale.
- Clause du besoin. La régulation du nombre de médecins par le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets est d'abord une mesure de maîtrise des coûts. C'est un autre aspect de l'objectif d'économicité et d'efficacité du système de santé. Cette action sur la quantité de médecins, sans conséquence sur la qualité des soins, comporte une dimension éthique. En effet, elle concerne surtout les jeunes médecins, lesquels sont, de facto, interdits d'installation en pratique privée ambulatoire. Il n'y a aucune réflexion – argumentation des décisions par rapport à l'activité des médecins déjà installés ou aux conséquences sur la qualité de l'offre et des soins. On peut donc y voir une injustice par inégalité de traitement des membres de la communauté des médecins.
- Financement des soins. La variété de l'offre des prestations (en EMS ou à domicile), notamment de manière quantitative, les disparités dans la fixation des prix de pension et des tarifs, dans l'évaluation des besoins en soins ou dans le taux de dotation en personnel sont autant d'éléments qui comportent une dimension éthique. Ils amènent en effet à discuter de la question sensible de l'égalité de traitement de la population, donc de l'inéquité qui peut découler du lieu de domicile des patients.
- Marché des médicaments. L'objectif de gain maximal suppose pour les entreprises pharmaceutiques de privilégier les volumes de production et de vente importants. Cette situation amène une concentration de la recherche et des développements sur les maladies à fort potentiel économique, notamment par la pratique des fausses innovations, et non sur les maladies rares et orphelines. L'accès aux soins, en l'occurrence aux médicaments, pour les patients concernés peut s'avérer impossible, voire fortement réduit, soit pour des raisons de non existence d'une substance médicamenteuse, soit pour des raisons de coûts extrêmement élevés.

Relevons que la question éthique est sensible et toujours d'actualité. S'agissant de l'éthique dans le domaine de la santé, l'Académie suisse des sciences médicales (2012, p. 996) relève que les décisions sur « la distribution équitable des ressources dans un contexte de pressions croissantes sur les coûts de la santé (...) [soulève] des conflits de valeurs autour d'enjeux importants ». D'où la nécessité de disposer de soutien éthique pour aider les individus et les institutions dans leurs décisions. C'est le sens de ses recommandations. Plus que la gouvernance du système de santé, la problématique éthique concerne la prise en charge des patients. Ces deux dimensions ne sauraient cependant s'opposer, car la

gouvernance définit le cadre général de l'intervention au chevet du patient et les moyens à disposition des soignants. Des ressources limitées induisent par conséquent la réflexion sur les critères de leur allocation. L'académie considère que la dimension éthique ne se rapporte pas uniquement aux dispensateurs de soins, mais aussi aux directions et administrations des institutions sanitaires. La recherche montre la difficulté d'intégrer dans l'analyse la dimension éthique dès lors que l'on étudie des processus d'allocation des ressources affectées au système de santé et non directement à la pratique des soins. La portée éthique est par conséquent à appréhender plutôt sous l'angle de la solidarité, de l'offre et de l'accès aux structures de soins et aux prestations ou de l'égalité de traitement des citoyens, assurés, patients.

7.4. La géométrie des pouvoirs

Les dimensions de cohérence et d'éthique qui caractérisent les processus d'allocation des ressources s'inscrivent dans un environnement où se meuvent et sévissent de nombreux acteurs. Leurs relations, en termes de collaborations et synergies, mais aussi de rapports de force qui s'expriment entre eux dans les différents champs d'analyse, mettent en évidence des pouvoirs aux multiples configurations. Ceux-ci se conjuguent à géométries variables, au gré des problématiques et des enjeux du moment. Cette quête de pouvoir traduit ainsi les intérêts pluriels, publics ou particuliers, médicaux ou économiques, généraux ou individuels, et les contradictions fréquentes dans le domaine de la santé.

Le domaine de la santé, qu'il s'agisse de la pratique des soins, de la gouvernance des institutions ou des entreprises économiques actives dans ce secteur, est un espace complexe de luttes, d'aspirations et de revendications, de pouvoirs. Dans les cinq domaines analysés, on observe que l'entente entre les acteurs ne va pas de soi. La cohabitation entre une autorité fédérale, la Confédération, et les vingt-six autorités sanitaires cantonales, qui disposent des véritables compétences de mise en œuvre des législations de politique sanitaire, est subtile. Faire coïncider les attentes des uns et des autres, alors que les compétences de gouvernance, donc de pilotage, des politiques publiques sont diluées, relève souvent de la quadrature du cercle.

Pourtant, les exigences de solidarité, d'égalité de traitement, de qualité, d'économicité, d'efficacité ou d'efficience imposées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie et par les autorités politiques en matière d'allocation et d'utilisation des ressources supposent de nouveaux modes de décision. Cela dans le but de renforcer la capacité des acteurs à trouver des accords. Car, si dans tous les domaines étudiés on peut affirmer que l'autorité fédérale tente de stimuler les ententes, celles-ci ne correspondent pas forcément aux attentes des autres acteurs. Les convergences ne vont pas de soi. Les tensions sont toujours latentes.

Ainsi, l'interprétation des accords trouvés débouche quasiment sans cesse sur de nouveaux conflits, en raison de malentendus sur la mise en œuvre par les cantons des lois fédérales ou des pouvoirs et intérêts particuliers qui fragilisent, voire reconsidèrent, l'intérêt public prépondérant des politiques de santé. Les luttes permanentes que se livrent les uns et les autres dans tous les champs constitutifs de la santé en sont l'expression. Initiatives populaires, par exemple en faveur de la médecine de famille, et référendums, par exemple contre la révision LAMal sur le Managed care, ou désaccords entre partenaires (entre médecins et assureurs s'agissant de la méthode de la mesure de l'économicité, par exemple) l'attestent.

7.5. Gouvernance du système de santé

La présentation de l'application concrète des politiques sanitaires dans les domaines étudiés renvoie, d'une part, à l'élaboration des politiques de santé, de manière générale et, d'autre part, à leur organisation cantonale et à la cohérence ou l'incohérence qui en découle dans les domaines particuliers. La recherche a ainsi clairement mis en évidence la problématique de la gouvernance, à savoir la capacité à définir des objectifs communs, des moyens d'action et de mise en œuvre, des instruments d'analyse et d'évaluation. L'étude confirme un fait avéré : malgré les tentatives, il n'y a pas une véritable politique de santé en Suisse, mais une addition de politiques de santé cantonales. Exemples.

- Planification hospitalière. La cohérence suppose que les autorités de régulation sanitaire puissent fonder leurs décisions sur des références et des objectifs clairement énoncés, des moyens définis, des processus soutenus par une législation supérieure précise, des définitions de masse critique ou des indicateurs d'évaluation. Or, ces instruments n'existent pas au niveau fédéral, ni dans la loi sur l'assurance-maladie et ses ordonnances, ni dans des références élaborées par l'autorité administrative. Les cantons disposent donc de leurs propres références et appréciations, qui dépendent de leurs évolutions historiques et non des exigences de qualité médicales avérées et quantifiables. L'analyse des législations montre des différences quant aux critères et autres objectifs figurant dans la législation que les acteurs des planifications sanitaires et hospitalières doivent intégrer. De grandes disparités législatives existent donc, certaines accordant une large marge de manœuvre aux autorités en charge de la planification, d'autres s'avérant plus contraignantes. La périodicité d'une planification hospitalière varie également selon les cantons. Et puis, les efforts, louables, de la Conférence des directeur.trice.s cantonaux des affaires sanitaires CDS, pour tenter d'harmoniser autant que possible les différentes planifications cantonales, demeurent malgré tout limités dans leur impact effectif.
- Clause du besoin. Tant les besoins en soins que l'offre de fournisseurs n'ont pas fait l'objet d'études approfondies préalables. Les cantons ont ainsi disposé, quasiment du jour au lendemain, d'un instrument de régulation l'offre de soins ambulatoires sans avoir eu jusque-là de compétences de planification dans le secteur ambulatoire, donc sans avoir constitué des informations et instruments d'aide à la décision fiables. Et puis, ni la Confédération, ni les cantons ne sont en mesure d'évaluer l'impact de la mesure, ce qui infléchit leur capacité d'action et affaiblit leur positionnement de régulateurs.
- Financement des soins. Le cadre légal, du point de vue terminologique, se fonde sur une utilisation sémantique disparate. La terminologie plurielle qui caractérise les lois et directives des cantons contribue à rendre obscure, parfois incompréhensible, la matière traitée. Une harmonisation intercantonale des définitions et autres éléments terminologiques des lois d'application d'une législation fédérale telle que la LAMal serait ainsi fort judicieuse. Sous l'angle de la construction structurelle des législations spécifiques, les mêmes critiques peuvent être formulées.
- Marché des médicaments. La transparence fait défaut dans le calcul des prix. La capacité des autorités sanitaires (OFSP, CFM, Swissmedic) d'exiger des informations statistiques fiables sur les coûts de la recherche ou de la production est réduite. La transparence fait également défaut en ce qui concerne les rabais octroyés par les entreprises pharmaceutiques aux fournisseurs de soins, qu'il s'agisse des hôpitaux ou des médecins.

Rapport OCDE – OMS, actions politiques

Au moment de conclure cette recherche, il convient de mentionner encore l'examen du système de santé suisse réalisé par l'Organisation de coopération et de développement économique OCDE et l'Organisation mondiale de la santé OMS (OCDE, 2011, OFAS, 2012). Considérant que le système de santé suisse fonctionne bien, il est constaté que le coût de celui-ci est élevé. Relevons quelques éléments en lien avec les analyses effectuées dans cette recherche et les conclusions énoncées, surtout celles renvoyant à la problématique de la gouvernance.

Pour l'OCDE, le fédéralisme ne doit pas être un obstacle à la mise en œuvre d'une vision stratégique commune de la politique de santé. La coordination entre la Confédération et les cantons, mais aussi entre les cantons, doit être renforcée et institutionnalisée. Et le rapport de mentionner la pertinence d'une loi-cadre de santé pour définir une vision et des objectifs communs, mais encore pour orienter la définition de l'offre. Les cantons doivent fournir des données et indicateurs sur les différents domaines de la santé, notamment pour élaborer des comparaisons et apprécier les inégalités de la population face à la santé. Cela devrait concerner également les informations relatives à la qualité des soins. Dans cette perspective est évoqué le dossier électronique des patients. Dans le secteur des médicaments, il convient d'améliorer qualitativement la prescription et la remise des médicaments, mais encore de procéder à une plus forte incitation des génériques.

Ces conclusions convergent avec celles mises en évidence par l'Office fédéral de la santé publique en 2006 déjà, mentionnées au chapitre 1 de la recherche (§.2.2.). Elles complètent celles formulées en 2006 par l'OCDE, qui stipulaient plusieurs nécessités : de supprimer les frontières cantonales dans l'organisation de l'offre de soins et des marchés d'assurance ; de réguler et de planifier à long terme de manière plus efficace l'offre, même si cela s'avère politiquement impopulaire ; de fixer des normes nationales pour réduire l'équité horizontale du financement de la santé. Du point de vue systémique, il est réaffirmé que la gouvernance du système de santé doit être renforcée par l'élaboration d'une loi-cadre délimitant clairement les compétences fédérales et cantonales et levant progressivement les barrières entre les cantons.

Les acteurs politiques réagissent aux analyses et propositions de l'OCDE. De nombreuses interventions parlementaires évoquent ces problématiques. Trois illustrations sont retenues, qui embrassent de manière relativement large le champ des réformes.

En 2006, le groupe radical-libéral demande, par voie d'initiative parlementaire (06.444), de nouvelles dispositions constitutionnelles relatives à la santé, dans un cadre libéral et par une collaboration entre la Confédération et les cantons. Selon ce projet d'article constitutionnel, la Confédération fixe les principes d'un approvisionnement de base de la population en prestations médicales qui soit efficace, adéquat et économique. Elle veille, avec les cantons et les organismes privés, à coordonner l'offre de soins résidentiels par-delà les frontières cantonales, de même que la médecine hautement spécialisée. La Confédération et les cantons assurent leur collaboration par des organes communs et par d'autres mesures. Dans le cadre de l'assurance de base, la Confédération légifère sur les mandats de prestations qui lient les fournisseurs de prestations et les assureurs. Dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de promouvoir la santé et de la protéger.

En 2007, par voie de motion (07.3585), le groupe socialiste propose une réforme structurelle globale du système suisse de santé, demandant que le Conseil fédéral procède, d'une part, à la révision de la

Constitution fédérale, en ce qui concerne notamment les buts d'une politique globale de santé et la répartition des tâches entre Confédération, cantons et communes et, d'autre part, à la révision des lois sur les assurances-accidents, maladie et militaire. Concrètement, les réformes suggérées doivent être entreprises à plusieurs niveaux, avec pour objectifs la clarification des processus de décision et des compétences ; le développement de l'offre en soins ; le renforcement de la qualité de la prise en charge des patients ; l'utilisation optimale des ressources ; l'accroissement de la solidarité, notamment en matière de financement ; la mise en œuvre des potentiels de rationalisation pour éviter des dynamiques de rationnement ou des pratiques de couverture et d'accès « à deux vitesses ».

Le groupe parlementaire PDC/PEV/PVL dépose, en 2009, une motion (09.3801) intitulée « Pour une stratégie suisse de la santé », qui demande au Conseil fédéral de présenter une stratégie suisse de la santé en précisant la définition des objectifs en termes de santé pour la population ; les mesures pour atteindre ces objectifs, définies en fonction des besoins des différentes tranches d'âge et des différentes couches de la population ; la relation entre promotion de la santé ou prévention et médecine curative ; l'encouragement de la qualité, d'une bonne gestion des coûts et de la responsabilité individuelle ; la définition des compétences, l'identification et la définition des différents acteurs du système ; la transparence dans les processus de décision et de consultation ; la création d'un instrument scientifiquement probant d'évaluation du rapport coût/efficacité des thérapies ; la coordination et l'identification des interfaces entre les différentes stratégies partielles ; la prise en considération des aspects relatifs à la santé dans d'autres domaines de la politique.

Enfin, du point de la gouvernance et de l'harmonisation des législations de santé, mentionnons l'élaboration d'une loi fédérale en matière de prévention (message du Conseil fédéral 09.076 LPrév). Pour la première fois, une législation regroupe les compétences de la Confédération, des cantons, des ligues de santé et autres institutions privées sans but lucratif actives dans le domaine de la prévention. Le signal politique est clair. Pourtant, le processus (encore en cours) est douloureux. Alors que le Conseil national est entré en matière et a traité le projet de loi, le Conseil des Etats l'a rejeté une première fois, puis est entré en matière. L'épisode est révélateur. D'une part, les compétences et l'indépendance des cantons sont revendiquées. D'autre part, les milieux économiques s'opposent au projet en raison des coûts et contraintes qu'il pourrait induire. Intérêt général et intérêts particuliers sont une fois encore en confrontation. Le rapport de force est annoncé, puisque l'Union suisse des arts et métiers a d'ores et déjà annoncé un référendum populaire contre cet objet.

Ainsi, tous les chapitres de la recherche renvoient à l'une ou l'autre de ces problématiques. Ils illustrent avec détail et systématique, dans le cadre des différents processus de décision d'allocation des ressources présentés, les conséquences concrètes des lacunes observées par l'OCDE notamment.

Relevons encore que derrière l'apparente convergence politique quant à la nécessité de consolider le cadre législatif, que l'on voudrait plus clair et cohérent au plan national, se cachent et sévissent des visions et des intérêts qui font rarement l'unanimité.

Evaluation, rationnement, processus de décision

A partir des années quatre-vingt et la réalisation du Programme national de recherche consacré au système de santé (PNR 8), puis sous l'impulsion de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (1994), qui mentionne explicitement à la fois les critères d'économicité et d'efficacité et la nécessité d'apprécier les effets de la législation, la problématique de l'évaluation de l'allocation des ressources affectées à la santé est au cœur de la gouvernance des politiques sanitaires suisses. Derrière les principes de

transparence de l'action étatique et de la gestion rigoureuse des moyens collectifs dans les différentes politiques publiques se posent des questions essentielles en terme de gouvernance, qui renvoient à la compréhension des domaines particuliers qui composent le champ de la protection sociale, à l'accroissement de la transparence des régimes sanitaires et sociaux, à la réduction des incertitudes dans la conduite des affaires publiques, au contrôle de la bonne application des bases légales, à la mesure de l'efficacité des actions entreprises et mises en œuvre, à la définition d'objectifs futurs et de prévisions ou planifications, au renforcement de la responsabilité des décideurs, à l'amélioration de la qualité démocratique (Rossini, 1995, 2011) .

L'Académie suisse des sciences (2012), en travaillant sur les méthodes d'évaluation de l'utilité et de la valeur des prestations médicales, contribue clairement au renforcement des liens entre l'approche scientifique et le processus de décision politique. L'ambition de discuter de l'introduction d'un système d'évaluation des technologies de la santé (Health Technology Assessments HTA) pour toutes les prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale et de déterminer des paramètres économiques relatifs à l'utilité des prestations renvoie à l'élaboration d'instruments d'aide à la décision, plus particulièrement pour répondre aux exigences d'économicité et d'efficacité des prestations imposées par la LAMal. La démarche s'inscrit par ailleurs dans la perspective d'accroître l'intensité de l'action portée sur la rationalisation du système de santé avant d'entrer dans une discussion, voire une logique, de rationnement des soins. Il s'agit dès lors de privilégier la recherche médicale, clinique et épidémiologique, les comparaisons internationales, la mesure de l'état de santé de la population et celle de l'utilité et de la qualité des prestations ou la mesure des coûts à l'aide d'instruments scientifiques rigoureux pour produire un socle de connaissances scrupuleusement documentées sur lesquelles seront fondées les décisions d'allocation des ressources.

De toute évidence, en regard des observations contenues dans la recherche, la portée scientifique de la base décisionnelle doit être renforcée. En effet, l'étude des cinq domaines de politique de la santé démontre sans aucune ambiguïté la forte dimension politique qui sous-tend non seulement la définition des principes ancrés dans les bases légales de santé publique (LAMal et autres législations fédérales et cantonales), mais encore leur mise en œuvre. (Ré)concilier connaissances scientifiques, par les critères objectifs et les évaluations ou projections scientifiques, et processus de décision est un défi pour les autorités politiques et sanitaires, d'une part, et les acteurs du système de santé, d'autre part. L'évaluation, au sens large du terme, doit y contribuer, dans une perspective qui allie valeurs, science et technicité, dans le but de dépasser les clivages idéologiques et les défenses d'intérêts particuliers, qu'ils soient institutionnels, personnels ou régionaux, pour conférer aux politiques de santé une dimension d'intérêt général prépondérant et de justice sociale.

La problématique de l'évaluation met par ailleurs en exergue celle du rationnement. La loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal et son ordonnance (OPAS) déterminant le contenu du catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins, les listes positives de médicaments, les directives cliniques, mais encore les politiques de santé des cantons, qui définissent l'offre de prestations dans les établissements hospitaliers, médico-sociaux ou de réadaptation, de même que dans le domaine des soins et soutiens à domicile, voire en matière de prévention ou d'hygiène publique délimitent les contours des prestations de soins allouées à la population suisse. Implicitement, ce cadre constitue une réponse formelle et objective au questionnement du rationnement des prestations. Les moyens étant limités, les choix sont inévitables. Ils interviennent constamment.

La recherche montre ainsi qu'ils sont au cœur des processus de décisions relatifs à la planification hospitalière, à la réduction des primes d'assurance-maladie en faveur des assurés économiquement modestes, à la fixation des tarifs de financement des soins, au prix des médicaments, mais aussi à l'accès des médecins à la pratique ambulatoire privée. Définir des priorités politiques en matière de santé, c'est décider d'allouer ou non des prestations et, par conséquent, déterminer l'intensité du rationnement. C'est aussi arrêter le niveau et les conditions d'accès au système en terme de solidarité. De part et d'autre, il s'agit de réaliser un équilibre subtil qui permette simultanément de répondre aux exigences de justice sociale et d'efficacité.

Une vision systémique rationnelle

Dans leurs travaux comparatifs sur la gouvernance des systèmes de santé, Smith, Crivelli et al. (2012) insistent sur l'importance du pilotage et de la coordination des acteurs et des mesures, sur la nécessité d'une définition claire d'objectifs et de responsabilités ou sur l'évaluation des résultats obtenus. Constatant que la problématique est relativement nouvelle dans le domaine de la santé, ils relèvent que le consensus sur les méthodes concrétisant ces ambitions est faible. L'organisation institutionnelle des Etats et, ce faisant, celle des politiques de santé influencent directement celle de la gouvernance. Le cas de la Suisse s'inscrit parfaitement dans cette perspective. La co-responsabilité sectorielle des trois niveaux institutionnels que sont la Confédération, les cantons et les communes et la dimension libérale de l'organisation du système de santé empêchent la définition d'objectifs rigoureusement déterminés et leur évaluation systématique, réduisent la transparence des processus de décision, empêchent l'élaboration de standards et d'indicateurs de qualité.

Au-delà des pratiques de gouvernance institutionnelle, il ressort de l'étude un décalage que l'on pourrait qualifier de pernicieux en ce sens que l'entente politique entre le Conseil fédéral et les Chambres fédérales ne correspond pas à une entente entre les différents autres acteurs et partenaires du système de santé. Cela explique les tensions et conflits, voir des incohérences dans le système, les acteurs ne partageant pas l'accord politique, tous étant enfermés dans leur logique d'intérêts particuliers. Les tensions apparues, dans le cadre de l'étude entre Confédération et cantons ; entre assureurs et hôpitaux, EMS, organisations de soins et soutiens à domicile ou industrie pharmaceutique ; entre fédérations de médecins et autorités politiques et sanitaires ou assureurs ; traduisent la difficulté à atteindre cet équilibre subtile, pourtant nécessaire à la cohérence d'un ensemble éclaté, sans objectifs communs.

Une forme de processus de globalisation nationale semble remettre en cause la structure fédéraliste du système avec pour conséquence des champs de tensions à l'issue incertaine. Des forces interviennent, suivant des logiques supra-institutionnelles mettant en difficulté les niveaux institutionnels « secondaires », plus particulièrement les cantons, parfois aussi les communes. Une nouvelle question émerge : les cantons et les communes auront-ils à l'avenir la capacité de définir les objectifs et les moyens alloués pour la prise en charge de l'état de santé de leurs citoyens ? Il semble inéluctable, dans une perspective d'économicité et d'efficacité, que la place et la force des cantons se redéfinissent, alors même que l'histoire sanitaire locale explique toutes les dynamiques qui ont animé la construction des politiques de santé suisses. L'exemple de la réduction des primes montre la « microchirurgie institutionnelle » des cantons dans la construction de solutions socialement soutenables. L'exemple de la planification hospitalière illustre quant à lui la confrontation de logiques différentes, surtout depuis la révision de la LAMal de 2007, et la contradiction entre tâches de planification attribuées aux cantons et velléités de concurrence entre hôpitaux souhaitées au plan national. Faut-il y voir une contradiction

entre les logiques fédérales, qui semblent privilégier le marché et les principes de concurrence et les logiques cantonales, contraintes d'assurer la régulation du système pour respecter les principes d'économicité, d'efficacité, mais aussi de solidarité et de justice sociale ?

Entre centralisation ou approches régionales, coordinations ou harmonisations, la marge manœuvre du politique est certaine pour tracer les contours futurs d'une véritable politique nationale de la santé. Confédération, cantons, communes, associations faïtières, organismes publics et privés ont dans cette perspective un rôle central à jouer, en regard notamment de leurs expériences et de leurs pratiques. « Le domaine de la santé devrait être une priorité pour entreprendre cette redéfinition des compétences, tâches et responsabilités, pour le simplifier, lui donner une cohérence par une gouvernance effective. La réforme du fédéralisme n'est pas un but en soi. Elle n'a de sens et une finalité que si l'on aspire à la mise en œuvre d'une véritable Politique nationale de santé. Le futur système de santé suisse devra se penser et se construire autour d'une vision commune, d'objectifs uniformes, de moyens et d'un agenda. Sans gouvernance crédible, une politique sanitaire cohérente est simplement illusoire » (Rossini & Legrand Germanier, 2010, p.111). Cette vaste étude sur le fonctionnement et les développements de cinq champs importants du système suisse de santé confirme la nécessité de repenser et de clarifier les modalités de gouvernance, d'organisation et, surtout, de définition des objectifs et des moyens de cette politique publique. Allocation optimale des ressources publiques, economicité et efficacité des prestations de santé, solidarité et justice sociale sont, dans cette perspective, des axes centraux, incontournables et complémentaires, qui orienteront la manière de définir l'offre et l'accès aux prestations ainsi que leur qualité, dans l'esprit du service public et de l'intérêt général.

Références bibliographiques

Académie suisse des sciences (2012). *Methoden zur Betsimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen und deren Anwendungen in der Schweiz und ausgewählten europäischen Ländern*. Berne.

Académie suisse des sciences médicales (2012). *Recommandations relatives au soutien éthique en médecine*. Bulletin des médecins suisses. No. 93:26, pp.995-1004 : Berne.

OCDE (2006). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : La Suisse*. Paris : OCDE

OCDE (2011). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse*. OCDE et OMS : Paris.

Office fédéral des assurances sociales (2012). *Revue Sécurité sociale*. No. 2 : Berne.

Rossini, Stéphane (1995), *Budget social de la Suisse. Nécessité et perspectives*, Thèse de Doctorat ès Sciences sociales, Université de Lausanne. Lausanne : Réalités sociales.

Rossini Stéphane, Legrand Germanier Valérie (2010). *Le système suisse de santé. Politique, assurances, médecine, soins et prévention*. Le savoir suisse. No. 66. Presses polytechniques et universitaires romandes : Lausanne.

Rossini S., Bonvin J-M., Gobet P., Tabin J-P. (2011). *Manuel de politique sociale*. Editions de l'EESP, collection Les Outils : Lausanne.

Smith Peter C., Crivelli Luca, et al. (2012). *Leadership and governance in seven developed health systems*. Health Policy. Elsevier journal, www.elsevier.com/locate/healthpol, HEAP-2775.