



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée

Rapport du Conseil fédéral
donnant réponse aux postulats
12.3604 Fehr Jacqueline du 15 juin 2012;
14.3912 Eder du 25 septembre 2014 et
14.4165 Lehmann du 11 décembre 2014
du 25 mai 2016

Sommaire

Résumé	4
Partie I Introduction	6
1 Contexte.....	6
1.1 Contenu des postulats.....	6
1.2 Axe et structure du rapport	7
1.3 Définition des soins	7
1.3.1 Soins de longue durée et soins aigus	8
1.3.2 Soins des patients ayant des besoins spécifiques	8
1.3.3 Prestations de soins selon la LAMal	8
1.4 Conditions cadres pour le développement des soins de longue durée et du système de financement.....	9
1.4.1 Réforme Prévoyance vieillesse.....	9
1.4.2 Mise en œuvre de l'article constitutionnel sur l'immigration.....	10
2 Evaluation des besoins en termes de personnel, d'approvisionnement et d'infrastructure ainsi que de dépenses et de financement dans les soins de longue durée	10
2.1 Besoin en personnel.....	11
2.2 Soins et infrastructure.....	12
2.3 Dépenses et financement.....	13
2.3.1 Situation initiale	13
2.3.2 Hypothèses pour les projections de dépenses (y c. définition des notions centrales).....	16
2.3.3 Evolution des dépenses publiques.....	19
2.3.4 Charge financière	22
2.3.5 Conclusions par rapport à la charge financière	26
Teil II Etat des lieux	28
1 Mesures prévues ou déjà prises dans le secteur des soins de longue durée	28
1.1 Mesures concernant le personnel.....	28
1.1.1 Initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié (FKI).....	28
1.1.2 Efforts nécessaires pour augmenter le nombre et les qualifications de professions impliquant des compétences sanitaires	29
1.1.3 Décharge et soutien des proches aidants	31
1.2 Mesures dans le domaine de la fourniture des soins et de l'infrastructure	32
1.2.1 Stratégie nationale « Migration et santé »	32
1.2.2 Stratégie nationale en matière de soins palliatifs	33
1.2.3 Stratégie nationale en matière de démence.....	33
1.2.4 Mesures d'encouragement des soins coordonnés	34
1.3 Mesures dans le domaine de la prévention	35
1.4 Autres mesures	36
1.4.1 Participation des patients.....	36
1.4.2 Dossier électronique du patient	36
1.4.3 Recherche sur les services de santé	37
1.5 Nouveau régime de financement des soins	37
1.5.1 Rapport de l'OFSP sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins	37
1.5.2 Rapport du surveillant des prix	38
1.5.3 Interventions en cours sur le thème du nouveau régime de financement des soins.....	39
1.6 Stratégie des cantons.....	41
1.7 Conclusion	41
2 Contexte international	42

2.1	Etude «Help Wanted» de l'OCDE.....	42
2.2	Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé	43
Partie III Enjeux et mesures à prendre.....		44
1	Enjeux	44
1.1	Enjeux en matière de politique sanitaire	44
1.1.1	Soins coordonnés.....	45
1.1.2	Evolution des besoins et exigences	46
1.2	Veiller à disposer de professionnels de la santé qualifiés et en nombre suffisant ..	47
1.2.1	Poursuite des travaux à partir de 2016	47
1.2.2	Adaptation des conditions cadres aux besoins du personnel infirmier	48
1.3	Efforts à fournir en matière de soins	49
1.4	Effort à fournir dans le domaine de la prévention.....	51
1.5	Potentiel d'augmentation de l'efficacité.....	53
1.6	Train de mesures de la Confédération et des cantons.....	55
2	Variantes de la répartition des tâches et du financement du surcoût des soins de longue durée	58
2.1	Option de répartition des tâches et de financement avec prise en compte de variantes d'une assurance des soins	60
2.1.1	Variante «Augmentation d'impôts et hausse des cotisations».....	60
2.1.2	Option d. Variantes d'une assurance obligatoire des soins	62
2.2	Vue d'ensemble des options de répartition des tâches et de financement	68
2.3	Evaluation des variantes de répartition des tâches et de financement.....	70
2.3.1	Répercussions en matière de politique sociale	70
2.3.2	Répercussions en matière de politique financière.....	71
2.3.3	Répercussions en matière de politique économique	72
2.3.4	Répercussions sur l'administration et les interfaces.....	73
2.4	Autres variantes de financement	74
2.4.1	Elargissement du pilier 3a à la couverture des frais de soins.....	74
2.4.2	Assurance des soins et protection de la fortune individuelle	75
2.5	Conclusion	76
Partie IV Tâches et objectifs des pouvoirs publics.....		78
1	Tâches de la Confédération.....	78
1.1	Assurances sociales.....	78
1.2	Professions médicales et de la santé	78
1.3	Formation	78
1.4	Travail	79
2	Tâches des cantons.....	79
3	Tâches communes de la Confédération et des cantons	79
4	Péréquation financière et répartition des tâches entre Confédération et cantons	80
5	Conclusion	80
Partie V Effets des options sur la législation.....		81
1	Effets des variantes de financement et de répartition des tâches.....	81
1.1	Participation financière accrue de la Confédération aux soins de longue durée.....	81
1.2	Reprise par la Confédération de la compétence pour les soins de longue durée... ..	81
2	Effets des variantes d'une assurance obligatoire des soins (Option d)	81
2.1	Couverture des coûts d'assistance (Modèles A et C).....	82
2.2	Définition des prestations d'assistance	82
2.3	Remboursement des prestations de soins pris en charge par l'assurance des soins.....	83
2.4	Organisation d'une assurance des soins	83

2.5	Evaluation par rapport au fondement constitutionnel	84
Teil VI	Perspectives	85
1	Perspectives à court terme.....	85
2	Perspectives à moyen et à long terme	86
	Conclusion	87
	Annexe 1: Extension du pilier 3a au financement des frais de soins pour les personnes âgées.....	88
	Annexe 2: Systématique suisse de la formation en matière de santé	103
	Annexe 3: Acteurs potentiels dans le domaine de la santé (disponible en allemand seulement)	105
	Annexe 4: Recours aux services des institutions médico-sociales, 2009.....	106
	Annexe 5: Coûts des soins de longue durée par responsable du financement.....	107
	Annexe 6: Renseignements détaillés sur les projections des dépenses jusqu'en 2045	108

Résumé

Grâce à une espérance de vie croissante, la population suisse vit plus longtemps. Cette évolution, en soi positive, n'est pas sans conséquence pour le système de santé lorsque les personnes âgées développent des troubles de la santé et doivent recourir à des soins. Compte tenu de la hausse prévue, pour ces prochaines années, de la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans et de celles de plus de 80 ans, il faut s'attendre à une forte augmentation de la demande de soins. Ce processus, qui pourrait aggraver la situation dans le domaine des soins de longue durée, soulève un certain nombre de défis au niveau du personnel soignant, des structures de soins ou encore du financement.

La demande de soins allant croissant, les besoins en personnel augmenteront considérablement ces prochaines années. D'après les pronostics, rien que d'ici l'an 2020, quelque 17 000 nouveaux postes à plein temps devront être créés. A cela s'ajoutent environ 60 000 professionnels de la santé qui partiront à la retraite et devront être remplacés. Les homes et les établissements médico-sociaux (EMS) seront probablement les premiers à réclamer davantage de personnel qualifié.

Concernant les structures de soins, il ne s'agira pas uniquement de renforcer les capacités, mais également de répondre aux nouvelles exigences en matière de soins. Les EMS étant déjà exploités au maximum de leurs capacités, des places supplémentaires doivent être créées. Parallèlement, on observe que les patients ont tendance à délaisser les homes au profit d'autres formes de prise en charge (services d'aide et de soins à domicile, structures intermédiaires), tendance qui se poursuivra et renforcera ainsi la demande de soins ambulatoires pour personnes âgées. En outre, plus les patients vieillissent, plus les soins deviennent exigeants en raison de la multiplication des cas de multimorbidité et de démence.

Selon les projections de l'Administration fédérale des finances, les dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée tripleront entre 2011 et 2045. Cette dynamique entraînera une hausse sensible des dépenses publiques totales en matière de santé. Cette augmentation affectera principalement les cantons et les ménages. En effet, si les règles de financement actuelles étaient maintenues, la charge des cantons, qui n'est pas financée par les recettes fiscales, correspondrait, sur la base des taux d'imposition actuels, à environ 8,3 % de leurs recettes fiscales d'ici à 2045. Au niveau de la Confédération et des communes, le déficit de financement correspondant s'élèverait à 0,6 %, respectivement 3,6 % de leurs recettes fiscales. Le pourcentage du revenu que les ménages doivent consacrer à la part de la prime de l'assurance obligatoire des soins servant à couvrir les soins doublerait. Sachant que les autres dépenses de santé (hors soins) sont appelées à augmenter plus nettement encore que les coûts des soins, la question du financement sera d'autant plus problématique pour toutes les parties concernées.

Afin de faire face à ces enjeux, de nombreuses démarches sont nécessaires. En premier lieu, il convient de prendre des mesures de prévention empêchant ou retardant aussi longtemps que possible l'apparition de la maladie, réduisant ainsi la demande de prestations médicales et infirmières. Tout d'abord, les efforts de prévention pour diminuer le risque de contracter des maladies non transmissibles doivent être maintenus, voire développés. Ensuite, les mesures de prévention qui s'adressent spécifiquement aux personnes âgées (p. ex. prévention des chutes, promotion de l'activité physique, amélioration de l'alimentation pour éviter les carences) doivent être intensifiées. En outre, des mesures visant à intégrer la prévention dans le domaine des soins doivent être prises.

Outre la prévention, les mesures visant à augmenter la qualité et l'efficacité des soins constituent l'une des réponses les plus efficaces face aux défis futurs. En promouvant les soins coordonnés, il est possible de les rendre plus efficaces et efficaces, les nombreux cas de multimorbidité générant des exigences spécifiques. Des mesures ont été prises dans le cadre

de différentes stratégies nationales de la Confédération et des cantons, en cours d'élaboration ou de mise en œuvre (démence, soins coordonnés, etc.), lesquelles affectent l'approvisionnement en soins de longue durée. Il est possible, par ailleurs, d'améliorer le système de santé, par exemple en assurant une meilleure coordination de l'assistance à domicile, en aménageant des dispositifs spéciaux pour personnes âgées dans les hôpitaux régionaux ou en renforçant les compétences gériatriques du personnel soignant. Le recours accru aux nouvelles technologies (p. ex. dossiers électroniques des patients dans le cadre de la stratégie Cyber-santé) permet également d'accroître l'efficacité. Les cantons sont responsables de la couverture médicale ; il leur incombe donc en premier lieu d'adapter les structures de soins en conséquence.

Plusieurs stratégies, paquets de mesures et initiatives ont été mis sur pied par la Confédération et les cantons pour résoudre la problématique des ressources humaines : l'initiative de la Confédération visant à combattre la pénurie de personnel qualifié, le « Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants », le Masterplan « Formation aux professions des soins » ou encore la « loi sur les professions de la santé ». En dépit des mesures déjà en vigueur et des premiers succès obtenus, il faut poursuivre les efforts pour garantir à l'avenir le recrutement suffisant de personnel soignant bénéficiant des qualifications adéquates.

Selon toute vraisemblance, à partir de 2030, la problématique du financement des soins de longue durée s'aggravera davantage. Il est donc essentiel d'ouvrir dès à présent le débat sur les éléments-clés qui définiront le financement futur et sur la répartition des charges dans le domaine des soins de longue durée. Différentes solutions sont envisageables, y compris le maintien du statu quo et la mise en place d'une assurance des soins. A cet égard, il est important de prendre en considération les futurs défis auxquels la santé publique devra faire face dans son ensemble sur le plan financier. En outre, le Conseil fédéral exclut expressément que la Confédération augmente sa participation dans le cadre du régime de financement en vigueur et de la répartition actuelle des compétences.

Le rapport propose, à l'attention de la Confédération et des cantons, un train de mesures permettant de relever les défis liés aux soins de longue durée. Concrètement, sept domaines d'action sont esquissés : prévention de la dépendance aux soins ; mesures pour décharger les proches aidants ; garantir les ressources en personnel et les qualifications ; garantir l'approvisionnement en soins (à domicile, dans les structures intermédiaires et en EMS) ; amélioration de la qualité de la fourniture des prestations ; amélioration de l'efficacité de la fourniture des prestations ; monitoring des besoins en soins. L'organisation concrète de cette série de mesures ainsi que la clarification des compétences doivent avoir lieu dans le cadre du Dialogue « Politique nationale suisse de la santé ».

Le présent rapport fournit par conséquent un aperçu des différents défis auxquels la Suisse doit faire face dans le domaine des soins de longue durée et met en avant la nécessité d'agir. Les conclusions qui en sont tirées ont pour but de lancer le débat public sur les objectifs et missions futurs ainsi que sur les mesures qui devront être prises pour assurer durablement la fourniture et le financement adéquats des soins de longue durée.

Partie I Introduction

1 Contexte

La population suisse vieillit. Selon les projections établies par l'Office fédéral de la statistique (OFS), la proportion de personnes de 65 ans ou plus passera de 17,1 à 24,2 % de 2010 à 2030¹. En 2045, la proportion des plus de 65 ans va continuer d'augmenter à 26,4 %.² Parallèlement, il y aura davantage de personnes de 80 ans ou plus : leur proportion parmi les personnes de 65 ans ou plus passera de 28,4 à 32,4 % sur la même période et à 39,2 % d'ici à 2045. Le nombre de personnes dépendant de soins augmentera en conséquence ; celles-ci représentent actuellement environ 13 % des 80-84 ans et plus de 34 % des plus de 85 ans.

1.1 Contenu des postulats

Le postulat 12.3604 du 15 juin 2012 a été adopté par le Conseil national le 28 septembre 2012. Le Conseil fédéral est chargé de présenter au Parlement une « stratégie pour les soins de longue durée », dans laquelle il :

- présente une analyse actuelle des défis qu'une telle stratégie implique de relever, qu'ils soient politiques, financiers, relatifs au marché de l'emploi, infrastructurels ou sociétaux ;
- examine les objectifs et les tâches qui incomberaient aux pouvoirs publics ;
- expose en les évaluant les différentes mesures et options possibles ;
- indique les modifications législatives auxquelles il y aurait lieu le cas échéant de procéder.

Par la suite, d'autres interventions sur le thème du financement des soins de longue durée ont été transmises au Conseil fédéral.

Le postulat 14.3552 « Rapport sur le grand âge » déposé le 19 juin 2014 n'a pas encore été traité au conseil par le Conseil national. Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport sur le grand âge qui exposera les problèmes auxquels sont confrontées les personnes à partir de l'âge de 80 ans et qui proposera des mesures idoines, notamment dans les domaines du financement et de la prévention.

Le postulat 14.3912 « Élargir le pilier 3a à la couverture des frais de soins » du 25 septembre 2014 a été adopté par le Conseil des Etats le 27 novembre 2014. Le Conseil fédéral est chargé d'examiner et d'indiquer dans un rapport si l'utilisation des fonds du pilier 3a peut être étendue à la couverture des frais de soins liés à l'âge et de quelle manière elle peut l'être. La réglementation de l'utilisation des avoirs de la prévoyance pour la couverture des prestations médicales non prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire comportera également des règles claires sur les avantages fiscaux, la constitution et la sécurité de l'épargne, l'utilisation des fonds et l'héritage du capital lorsque les avoirs n'ont pas été utilisés intégralement.

Le postulat 14.4165 « Soins de longue durée. Examiner la création d'une assurance pour protéger la fortune individuelle » du 11 décembre 2014 a été adopté par le Conseil national le 2 juin 2015. Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport sur une assurance obligatoire

¹ Office fédéral de la statistique (2010) : Scénarios 2010-2060 de l'évolution de la population de la Suisse (scénario A-00-2010 « moyen »).

² Office fédéral de la statistique (2015) : Scénarios 2015-2045 de l'évolution de la population de la Suisse (scénario A-00-2015 « moyen »).

des soins de longue durée. Il examinera en particulier les coûts supplémentaires auxquels les citoyens doivent s'attendre d'ici à 2030 si le régime de financement des soins ne change pas ainsi que le système de financement (par répartition et par capitalisation) et leur impact sur les citoyens, le développement des coûts et les prestations complémentaires.

1.2 Axe et structure du rapport

Les raisons sous-jacentes mentionnées à l'origine du dépôt du postulat 12.3604 sont : allongement de l'espérance de vie, progrès de la médecine, maladies chroniques en augmentation, attentes nouvelles des seniors, progrès réalisés dans les soins palliatifs, augmentation des dépenses de santé pour les personnes âgées.

Selon les chiffres de l'OFS, les trois quarts de la clientèle prise en charge par les organisations d'aide et de soins à domicile (Spitex) ont 65 ans et plus; ils ont bénéficié d'environ 82 % des heures facturées pour des prestations de soins et d'aide. Plus de la moitié des heures facturées sont dispensées aux clients de 80 ans et plus alors même qu'ils ne représentent que 5 % de l'ensemble de la population suisse.³ En 2014, 95 % de la clientèle des EMS était âgée de plus de 65 ans et 75 % de plus de 80 ans.⁴ Les grandes lignes du rapport et notamment la stratégie du Conseil fédéral relative aux soins de longue durée se concentrent, par conséquent, sur le segment des plus de 65 ans et des plus de 80 ans. Le rapport donne un aperçu des différents défis et besoins d'intervention dans le domaine des soins de longue durée en Suisse.

Après l'introduction et la description de la situation de départ (partie I), le rapport présente, dans la partie Etat des lieux (partie II), les stratégies et initiatives que la Confédération a déjà lancées, seule ou en coopération avec les cantons, et les domaines dans lesquels des mesures ont été prises et des plates-formes créées pour régler les problèmes prévisibles. Il intègre, en outre, le résultat de l'enquête menée par un bureau de recherche indépendant auprès des cantons à propos de leurs stratégies dans le domaine des soins de longue durée. L'état des lieux fait ressortir les domaines dans lesquels des défis sont à relever et où il est nécessaire d'agir. Ces derniers sont expliqués plus précisément dans une autre section du rapport (partie III), tout comme les mesures appropriées qui doivent être élaborées et mises en œuvre. A cet égard, des variantes pour une assurance des soins sont notamment esquissées dans la partie III. Après une présentation des tâches de la Confédération et des cantons (partie IV), le rapport montre les répercussions des différentes options envisagées sur l'ordre juridique (partie V). La partie finale du rapport (partie VI) contient un aperçu des soins de longue durée en Suisse à moyen et à long termes.

1.3 Définition des soins

Dans son message du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, le Conseil fédéral se penche sur la définition des soins, le cadre légal et la réglementation juridique des soins formels.⁵ Il indique que, s'agissant d'une activité d'une extrême hétérogénéité et aux multiples dimensions, les soins se dérobent dans une large mesure à une définition précise, ce que confirme la définition globale à laquelle renvoie l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI): «On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins

³ Office fédéral de la statistique (2015) : Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2014 : chiffres et tendances. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=6823>.

⁴ Office fédéral de la statistique (2014) : Statistique des Institutions médico-sociales 2014. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/02/key/01.html>.

⁵ FF 2005 1917ss.

dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.»⁶ Cette définition, fondée sur les sciences infirmières, intègre des perspectives et des développements internationaux.

1.3.1 Soins de longue durée et soins aigus

Le postulat 12.3604 se concentre explicitement sur les soins de longue durée, ci-après compris en opposition aux soins aigus. Les soins de longue durée incluent les soins à domicile, dans les EMS et dans les structures de jour et de nuit sur une période prolongée.

Du point de vue de la définition du travail, il est largement admis que les soins aigus visent à aider les patients à recouvrer l'état dans lequel ils se trouvaient avant de nécessiter de tels soins. De ce fait, ces soins sont limités dans le temps. A contrario, pour les soins de longue durée, le besoin en soins n'est pas limité dans le temps.

1.3.2 Soins des patients ayant des besoins spécifiques

Deux interventions parlementaires portent sur l'amélioration de la situation des patients ayant des besoins spécifiques.

Avec le postulat 10.3255 «Avenir de la psychiatrie», le Conseil fédéral est prié d'élaborer un rapport et de soumettre des propositions concernant les structures de soins et la coordination ainsi que de répondre aux questions relatives au financement du domaine de la psychiatrie et à la coordination entre l'assurance-invalidité et l'exécution des peines et mesures (médecine légale). En réponse au postulat 10.3255, le Conseil fédéral va établir un rapport à ce sujet.

L'initiative parlementaire 12.470 « Meilleur soutien pour les enfants gravement malades ou lourdement handicapés qui sont soignés à la maison » du 27 septembre 2012 vise à modifier les dispositions légales de manière à ce que les familles (parents et personnes investies de l'autorité parentale) qui prennent en charge un enfant gravement malade ou lourdement handicapé et s'occupent de lui à la maison au lieu de le placer dans un foyer, bénéficient d'un soutien accru et de meilleure qualité. Des mesures à prendre ainsi que des amorces de solutions pour résoudre les problèmes concernant la situation d'enfants gravement malades ou lourdement handicapés ont ainsi été développées. L'avant-projet sera prochainement mis en consultation.

1.3.3 Prestations de soins selon la LAMal

La notion de « soins » comprend, selon les soignants, de nombreux aspects distincts et différents niveaux. Les soins dispensés en cas de maladie ne représentent qu'une partie de leur domaine d'activités. L'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge les coûts des prestations définies à l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal⁷) qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. L'AOS finance donc des prestations. Il convient ici de faire la distinction avec les aspects de la « prise en charge », également cités dans la définition de l'ASI sur son site Internet⁸, et qui ne sont pas à la charge de l'AOS.

⁶ <http://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers.html>.

⁷ RS 832.10.

⁸ <http://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers.html>.

Les soins à domicile et dans les EMS revêtent une importance prioritaire dans le domaine des soins de longue durée. Les prestations de l'AOS concernées sont décrites de manière exhaustive à l'art. 7 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS⁹). Une distinction est faite entre l'évaluation, les conseils et la coordination, les examens et les traitements ainsi que les soins de base. Selon l'art. 25a LAMal, l'AOS fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale. Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée. Les cantons règlent le financement résiduel.

1.4 Conditions cadres pour le développement des soins de longue durée et du système de financement

La population vieillit et les besoins en termes de soins augmentent. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a étudié les effets de l'évolution de la population, mais aussi des changements qui se dessinent dans les domaines médical et social sur les besoins en soins.¹⁰ La conclusion est que, en dépit d'une amélioration prévisible de la santé des personnes âgées ces prochaines années – notamment grâce aux progrès médicaux, à une meilleure prise en charge médicale ou à un renforcement de la prévention –, le besoin en soins va fortement s'accroître. Selon le scénario de référence proposé dans cette étude, « le nombre de personnes âgées dépendantes passerait de 125'000 personnes en 2010 à 182'000 personnes d'ici 2030 (soit une hausse relative de 46 %). La part des 80 ans et plus progresserait pour atteindre près de 80 % ou 145 600 personnes en 2030, contre 74 % ou 95 500 personnes en 2010. Autrement dit, non seulement les personnes nécessitant des soins – majoritairement des femmes – devraient être plus nombreuses, mais elles seront aussi plus âgées dans de nombreux cas (ce qui accroît le risque de multimorbidité, p.ex.) ».¹¹

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

1.4.1 Réforme Prévoyance vieillesse

Le 19 novembre 2014, le Conseil fédéral a transmis au Parlement le message relatif à la réforme Prévoyance vieillesse 2020 et approuvé le rapport de la procédure de consultation.¹² Les délibérations parlementaires sur la réforme sont en cours. La réforme Prévoyance vieillesse 2020 a pour objectif de maintenir à long terme le niveau des prestations de la prévoyance vieillesse.

Pour être pérenne, le financement durable du premier et du deuxième pilier doit tenir compte du vieillissement croissant de la population et des difficultés qui en résultent pour les systèmes

⁹ RS 832.112.31.

¹⁰ Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbunn, Andrea (2011): La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée Scénarios actualisés pour la Suisse, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Berne, p. 33ss (cf. aussi Communiqué de presse de l'Obsan du 19.5.2011).

¹¹ Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbunn, Andrea (2011) : La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Berne, p 60.

¹² FF 2015 1.

de rentes. Il convient d'adapter les prestations de l'AVS et de la prévoyance professionnelle aux nouveaux besoins, à commencer par la souplesse en ce qui concerne la transition de la vie active à la retraite. La réforme renouvelle la prévoyance vieillesse en profondeur, par un projet global et équilibré, axé sur les intérêts des assurés. La stratégie du Conseil fédéral en matière de soins de longue durée doit être coordonnée avec celle de la politique à venir concernant la prévoyance vieillesse.

1.4.2 Mise en œuvre de l'article constitutionnel sur l'immigration

Le 9 février 2014, les Suisses ont approuvé à 50,3 % l'initiative « Contre une immigration de masse ». Cette décision populaire pourrait avoir des répercussions sur le recrutement des professionnels de la santé. Le Conseil fédéral a adopté, le 4 mars 2016, à l'intention du Parlement, le message relatif à la modification de la loi fédérale sur les étrangers (Gestion de l'immigration et amélioration de la mise en œuvre des accords sur la libre circulation des personnes). Il propose de gérer l'immigration au moyen d'une clause de sauvegarde. Le Conseil fédéral va définir dans une ordonnance le niveau d'immigration de ressortissants de l'UE et de l'AELE à partir duquel des nombres maximums doivent être déterminés. Selon les derniers chiffres disponibles, le domaine des soins de longue durée (établissements médico-sociaux [EMS], homes, aide et soins à domicile) employait, en 2013, 91 037 personnes (soit 57 363 postes équivalents plein temps). Dans le domaine des soins (hôpitaux, homes et EMS), le solde migratoire du personnel étranger s'élevait en 2013 à +1 632. Ce sont les cantons de Zurich (+395) et de Berne (+206) qui présentent les soldes migratoires positifs les plus élevés, les cantons de Glarus (+2) et Appenzell Rhodes intérieures (+2) les plus faibles. En revanche, le canton du Jura a enregistré un solde migratoire négatif (-3). Une comparaison temporelle révèle des variations importantes : ainsi, le solde migratoire de l'année 2011 était de +2 167 professionnels du domaine des soins ; le pic se situait en 2008 avec +3 160 personnes.¹³

Les indications concernant le statut de séjour montrent que la majorité des professionnels soignants immigrés sont au bénéfice d'une autorisation de séjour de plus de 12 mois. Dans quelques cantons frontières – spécialement Genève, Tessin et Vaud – les frontaliers représentent une grande part des professionnels soignants immigrés. La grande majorité des professionnels soignants immigrés travaillent dans le domaine stationnaire (principalement les hôpitaux, les homes et les EMS).

2 Evaluation des besoins en termes de personnel, d'approvisionnement et d'infrastructure ainsi que de dépenses et de financement dans les soins de longue durée

Au cours de la dernière décennie, l'Obsan, mandaté par la Confédération et les cantons, a principalement publié des rapports sur les différents aspects de la prise en charge dans le domaine des soins de longue durée. Plusieurs scénarios étayés par les données statistiques disponibles ont été élaborés pour l'évolution à venir, créant ainsi les fondements pour le développement commun du système de santé. En outre, l'Administration fédérale des finances a, en 2012, calculé les projections de dépenses pour la santé, lesquelles montrent l'évolution à long terme des dépenses dans le domaine des soins de longue durée pour les personnes âgées de 65 ans et plus.¹⁴

¹³ Obsan (2015) : Solde migratoire des professionnels des soins étrangers, 2013 par canton et selon le statut de séjour (057-K-f-2013) <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/personnel-de-sante-de-nationalite-etrangere> ainsi que les statistiques de l'aide et des soins à domicile de l'Office fédéral de la statistique.

¹⁴ Colombier, Carsten (2012) : Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper de l'AFF n° 19, Administration fédérale des finances, Berne.

2.1 Besoin en personnel

L'Obsan s'est penché sur l'évolution des besoins en soins et en personnel dans le cadre de son étude « Personnel de santé en Suisse – État des lieux et perspectives jusqu'en 2020 ». ¹⁵ Ces projections concernent les hôpitaux, les homes, les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile. Dans le scénario de référence, elles se basent sur le scénario démographique « moyen » de l'OFS, un raccourcissement des durées d'hospitalisation et une amélioration de l'état de santé de la population âgée. Partant de cette hypothèse, la demande de soins pourrait évoluer de la façon suivante de 2006 à 2020 : + 2,4 % pour les jours d'hospitalisation, + 30 % pour les jours d'hébergement en home et EMS et + 20 % pour les clients de services d'aide et de soins à domicile.

À productivité et taux d'activité inchangés, la hausse prévue des besoins en soins nécessitera la création de 17 000 postes (équivalents plein temps) et l'engagement de 25 000 personnes supplémentaires (+ 13%). Il sera nécessaire en outre de remplacer les quelque 60 000 personnes qui partiront à la retraite (ce qui représente 30 % du personnel). Selon l'étude, les homes et les EMS sont les institutions où les besoins en personnel augmenteront le plus (plus de 15 000 personnes supplémentaires). ¹⁶

Toutefois, selon les données de l'OCDE ¹⁷, on compte nettement plus d'infirmiers par 1'000 habitants en Suisse que dans les autres pays européens : soit 10,7 infirmiers pour le degré tertiaire (professional nurses), 5,9 pour le degré secondaire II (associated nurses), soit au total 16,6, contre respectivement 6,5 et 1,7 dans l'UE, soit un total de 8,2. Sont pris en compte non seulement le personnel soignant travaillant en clinique mais également les ressources de la direction, de la formation ou de la recherche. Selon la dernière enquête réalisée par l'OMS ¹⁸, l'Europe disposait, en 2013 (OMS European Region), de 41 infirmières diplômées pour 100 000 habitants (soit 0,41 par 1 000 habitants) et la Suisse de 84 pour 100 000 habitants (soit 0,84 par 1 000 habitants). Ces chiffres se distinguent nettement de ceux contenus dans le rapport de l'OCDE sur les infirmières professionnelles. Cela montre clairement que la comparaison entre les pays n'a qu'une signification restreinte et dépend essentiellement des catégories utilisées (p.ex. professional nurses, graduate nurses). L'enquête précitée de l'OMS montre en outre que le rapport des infirmières par habitants en Suisse est comparable avec celui de pays comme le Danemark, la Finlande, l'Islande et la Norvège. ¹⁹

L'augmentation des besoins en personnel dans le secteur de la santé que le rapport de l'Obsan laisse apparaître a incité les comités directeurs de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de l'Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé (OdASanté) à commander un rapport national sur les besoins en effectifs pour les professions de la santé non universitaires. Publié en décembre 2009 ²⁰, ce document con-

¹⁵ Jaccard, Hélène; Weaver, France; Roth, Maik; Widmer, Marcel (2009) : Personnel de santé en Suisse - État des lieux et perspectives jusqu'en 2020 ; voir également le Fact sheet de l'Obsan du 7 avril 2009.

¹⁶ L'étude du Crédit Suisse « L'avenir du marché des homes médicalisés » de juin 2015, p. 24 et ss, part du principe que les besoins en personnel, rien que dans les EMS, seront multipliés, entre 2013 et 2040, par un facteur 1,8 à 2,2 en raison de l'évolution future de la demande en soins aux personnes âgées, ce qui correspond à environ 48 000 à 71 000 postes de soins à plein temps supplémentaire.

¹⁷ OCDE (2014): Health at a Glance: Europe 2014.

¹⁸ WHO (2015): Core Health Indicators in the WHO European Region 2015.

¹⁹ Ces pays (à l'exception du Danemark) présentent, en outre, plus de sages-femmes par habitant. Il est possible que certaines activités, qui, ailleurs, sont assumées par des sages-femmes, soient exercées, en Suisse, par le personnel infirmier.

²⁰ CDS, OdASanté (2009) : Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009, Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. Berne. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Bildung/Versorgungsbericht/Zusammenfassung_Versbericht-def_f.pdf.

tient des recommandations d'action et s'adresse en priorité aux autorités cantonales, aux organismes responsables de l'OdASanté, aux organisations cantonales du monde du travail et aux établissements de santé de tous les domaines, ces établissements jouant un rôle central dans la garantie durable des ressources en personnel.

2.2 Soins et infrastructure

Les cantons sont responsables de la fourniture des soins. Ils sont compétents pour délivrer l'autorisation de police sanitaire aux fournisseurs de prestations. Au niveau local, la plupart des communes ont en charge le fonctionnement des établissements. La décision concernant l'aménagement de l'offre incombe en premier lieu aux cantons. Pour être habilités à facturer à la charge de l'AOS, les EMS doivent répondre à la planification établie par un canton ou conjointement par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins et figurer sur une liste cantonale des EMS.²¹ Les dispositions sur la planification sont entrées en vigueur avec la LAMal, le 1^{er} janvier 1996.

Le 14 mai 1998, la « Commission Application LAMal » de la CDS²² a publié les recommandations adoptées par elle-même et approuvées par le comité de la CDS sur l'application de la LAMal dans le domaine des EMS et des services d'aide et de soins à domicile. Elle a indiqué dans ce cadre que ces recommandations constituaient seulement les premières étapes d'un long processus de planification et d'harmonisation. L'Obsan a développé, en collaboration avec le professeur François Höpflinger, une méthodologie pour la planification régionale des soins de longue durée. Dans le cadre de ce travail, les principaux indicateurs ont donc été calculés et publiés de manière homogène pour les différents cantons²³, qui disposent ainsi des principes et des bases méthodologiques permettant d'aligner les structures sur les besoins à venir.

Selon une analyse de la situation actuelle, les EMS sont quasiment utilisés au maximum de leur capacité.²⁴ En 2013, le taux d'occupation dans le secteur longue durée s'élevait en moyenne suisse à 94,9 % et, en moyenne, à 97,9 % en Suisse romande. L'Obsan estime donc que, dans certains cantons, il n'y a pas suffisamment de place pour toutes les personnes qui souhaitent séjourner en EMS.²⁵

L'Obsan a publié fin 2015 son rapport sur l'évolution, de 2006 à 2013, des soins de longue durée aux personnes âgées. Ce rapport, qui montre les principales tendances dans le recours aux EMS et aux services de soins et d'aide à domicile et dans les séjours de longue durée à l'hôpital en Suisse,²⁶ a permis de constater un recul des placements en institution en faveur d'autres formes de prise en charge durant la dernière décennie. Alors qu'en 2006, 6,4 % des personnes de plus de 65 ans résidaient dans un EMS, elles n'étaient plus que 5,8 % en 2013. Ce recul peut être constaté chez les 65 à 79 ans comme chez les 80 ans et plus. Durant la même période, la proportion des plus de 65 ans sollicitant des prestations de services d'aide

²¹ Art. 50 en relation avec l'art. 39, LAMal.

²² Anciennement Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS).

²³ Bayer-Oglesby, Lucy; Höpflinger, François (2010) : Bases statistiques pour la planification régionale des établissements pour personnes âgées en Suisse. Rapport méthodologique et données cantonales. Obsan.

²⁴ L'étude du Crédit suisse « L'avenir du marché des homes médicalisés » du 4 juin 2015 (p. 35 et suivantes) prévoit un besoin d'investissements futur pour la construction d'homes médicalisés à hauteur de 20 milliards de francs jusqu'en 2040 ou d'environ 700 millions de francs par an (sans bâtiments de substitution, rénovations et investissements liés à la construction). <https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/pflegeheimmarkts-fr.pdf>.

²⁵ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2015) : Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013. Rapport Obsan 67, Obsan, p.13.

²⁶ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2015) : Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013. Rapport Obsan 67. Obsan.

et de soins à domicile a légèrement augmenté.²⁷ On enregistre aussi une hausse dans l'utilisation de structures intermédiaires qui n'avaient encore guère fait l'objet de statistiques, par exemple de logements (y compris assistés) pour personnes âgées.²⁸

Dans sa dernière étude²⁹ sur l'évolution des différences cantonales dans la prise en charge des personnes âgées de 2006 à 2013, l'Obsan conclut que les cantons, de manière générale, sont tous confrontés aux mêmes défis dans les soins aux personnes âgées, mais n'ont pas encore trouvé de consensus sur les solutions à leur apporter. Si les cantons sont toujours plus nombreux à adopter le principe des « soins ambulatoires avant les soins stationnaires » depuis quelques années, il n'y a pas eu pour autant de rapprochement dans les pratiques cantonales de prise en charge. Selon le rapport, les différences considérables qui perdurent d'est en ouest dans l'utilisation des structures formelles (EMS et services d'aide et de soins à domicile) en Suisse sont dues, entre autres, aux différentes formes alternatives de prise en charge existantes, telles que les structures intermédiaires.³⁰

Ces prochaines années, la nature des soins va donc elle aussi évoluer. La demande de soins ambulatoires assurés aux personnes âgées par des professionnels va augmenter. A l'heure actuelle, les personnes âgées de 80 à 84 ans vivent encore chez elles dans 90 % des cas. En raison des tendances démographiques, médicales et sociales, la prise en charge en institution interviendra de ce fait à un âge encore plus avancé qu'aujourd'hui et de plus en plus souvent en fin de vie. L'évolution prévisible s'accompagne d'enjeux en termes d'infrastructure, de personnel et de financement. Il va donc en résulter des changements non seulement au niveau de l'organisation dans le secteur des soins de longue durée mais également dans la manière de faire appel aux professionnels des soins.

2.3 Dépenses et financement

Les dépenses actuelles ainsi que leur financement seront tout d'abord décrits dans le paragraphe qui suit afin de mettre en évidence l'évolution des dépenses et du financement des soins de longue durée. Les dépenses futures seront par la suite chiffrées à l'aide de projections et la charge financière sera décrite pour le régime de financement actuel jusqu'en 2045. Les projections pour les dépenses publiques de santé (sans les soins de longue durée) seront également présentées afin de replacer les défis du financement futur des soins de longue durée dans le contexte de l'évolution générale des coûts de santé.³¹

2.3.1 Situation initiale

Les prestations des soins de longue durée sont financées via l'assurance sociale compétente, les cantons et les communes, les régimes de sécurité sociale, les contributions des cantons

²⁷ Ibid., p. 8.

²⁸ Ibid., p. 9.

²⁹ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2016) : Soins de longue durée dans les cantons : Un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006-2013. Rapport Obsan 69. Obsan.

³⁰ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2016) : Soins de longue durée dans les cantons : Un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006-2013. Rapport Obsan 69. Obsan, p. 11.

³¹ Les projections de dépenses qui sont présentées dans le présent rapport se fondent sur le document de travail (Working Paper) n° 19 de l'Administration fédérale des finances (AFF) « Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060 », publié en 2012. Le 28 avril 2016, l'AFF a présenté, dans son plan financier de la législature 2015-2019, de nouveaux calculs sur l'évolution des dépenses, entre autres dans le domaine des soins de longues durées jusqu'en 2045. (Brändle, Th., Colombier, C., Philipona, A. (2016). Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse, 2016. Département fédéral des finances DFF : <https://www.efd.admin.ch/efd/fr/home/dokumentation/brochures/periodika/perspectives-a-long-terme-des-finances-publiques-en-suisse--2012.html>. Dans la mesure où ces nouveaux chiffres ne présentent pas de divergences matérielles significatives par rapport aux projections de 2012 et que, partant, les développements et tendances majeurs n'ont pas non plus à être évalués de façon sensiblement différente qu'il y a quatre ans, le présent rapport se fonde, en principe, toujours sur les projections des dépenses 2012.

en fonction des besoins comme, par exemple, les prestations complémentaires à l'AVS (PC à l'AVS) et via le secteur privé. L'AOS, les ménages privés et les PC à l'AVS représentent les trois organismes de financement les plus importants. La Confédération participe au financement dans le cadre des PC à l'AVS (besoins vitaux) et des allocations AVS pour impotent. Selon le tableau 1, les cantons et les communes assument près de 2,6 milliards et les PC à l'AVS, près de 1,6 milliards de francs de la charge totale, qui s'élève à près de 11 milliards de francs pour le financement des EMS et des aides et soins à domicile en 2013. Comme mentionné ci-dessus, les subsides fédéraux sont versés de façon indirecte, raison pour laquelle ils ne sont pas indiqués séparément dans le tableau 1. Les ménages privés contribuent à hauteur d'un peu plus de 35%, soit près de 3,8 milliards de francs des dépenses (3,4 milliards de francs pour les EMS et 0,4 milliard dans le domaine de l'aide et des soins à domicile). Les assurances sociales (AOS et AVS) versent près de 2,7 milliards de francs (2,1 milliards de francs au bénéfice des EMS et 0,6 milliard de francs dans le domaine des aides et soins à domicile). La part prépondérante du financement des soins de longue durée est versée aux EMS (9 milliards de francs par rapport à 1,8 milliard de francs pour les aides et soins à domicile).

Tableau 1 : *Financement des soins de longue durée selon le régime de financement (en millions de francs)*

Régime de financement		Montant du financement en 2013			
		EMS		Aide et soins à domicile	
Etat	Total	1 720.8	(18.7 %)	925.9	(47.4 %)
	Confédération ³²				
	Cantons	845.0	(9.2 %)	512.5	(26.2%)
	Communes	875.8	(9.5%)	413.4	(21.2 %)
Assurances sociales	Total	2 137.5	(23.2 %)	584.5	(30.0 %)
	AOS	1 589.6	(17.3 %)	577.6	(29.6 %)
	LAA	1.7	(0.02 %)	6.9	(0,4 %)
	AVS Allocation pour impotent ³³	546.2	(5.9 %)		
Autres régimes	Total	1 978.6	(21,5 %)	56.1	(2,9 %)
	PC à l'AVS	1 570.9	(17,1 %)	32.4	(1,7 %)
	PC à l'AI			23.7	(1,2 %)
	Aides cantonales aux personnes âgées (soins)	407.7	(4,4 %)		
Financement privé	Total	3 375.5	(39,4 %)	384.2	(19,7 %)
	Assurance privée			51.5	(2.6 %)
	Ménages privés	3 140.0	(36.6 %)	278.1	(14.3 %)
	Autre financement privé	235.5	(2.6 %)	54.6	(2.8 %)
Total		9 211.6	(100 %)	1 949.8	(100 %)

Source : OFS 2015, extrait du tableau T 14.01.06 Coûts et financement du système de santé selon les prestations et le régime de financement 2013.

Le tableau 2 montre le développement des coûts des EMS et de l'aide et soins à domicile de 2009 à 2013 dans le régime actuel de financement des soins de longue durée. La charge a augmenté à tous les niveaux du régime. Il faut également tenir compte du fait que la nouvelle réglementation sur le financement des soins est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Les

³² La Confédération et les cantons contribuent également au financement des dépenses de soins de longue durée. Cela concerne principalement les dépenses dans les domaines des PC à l'AVS (garantie du minimum vital) et les dépenses en faveur de la réduction des primes. En outre, la Confédération finance intégralement l'allocation pour impotent de l'AVS. Dans le présent tableau, ces dépenses ne figurent pas sous le régime de financement de la Confédération et des cantons, mais sous d'autres postes.

³³ L'OFS attribue entièrement les dépenses pour l'allocation pour impotent de l'AVS (API AVS) aux EMS. Sur la base des données disponibles, il n'est pas possible d'identifier si les indemnités que reçoivent les patientes et les patients ont été utilisées dans le cadre du séjour dans un EMS ou pour couvrir les prestations d'aide et de soins à domicile.

travaux sur l'évaluation des répercussions de la nouvelle réglementation débuteront en 2016 (voir à ce sujet le ch. 1.5, partie II du présent rapport).

Tableau 2: Évolution des coûts des EMS et des soins à domicile 2009 à 2013 (en millions de francs)

Année		Cantons/ Com- munes	AOS	API AVS	PC à l'AVS	Organi- sations d'aide et de soins canto- nales	Ménages pri- vés
2009	EMS	884.3	1 605.6	467.0	1 379.9	356.9	3 055.0
	Spitex	653.2			22.5		44.3
	Total	1 537.5	2 060.8	467.0	1 402.4	356.9	3 099.3
2010	EMS	789.5	1 634.9	469.1	1 460.7	366.9	3 204.8
	Spitex	717.8	483.4		26.0		214.8
	Total	1 507.3	2 118.3	469.1	1 486.7	366.9	3 419.6
2011	EMS	1 177.8	1 592.5	508.4	1 510.5	384.1	3 263.7
	Spitex	753.7	498.9		28.3		301.5
	Total	1 931.5	2 091.4	508.4	1 538.8	384.1	3 565.2
2012	EMS	1 403.8	1 597.6	530.3	1 541.5	400.8	3 333.4
	Spitex	885.3	540.9		30.8		257.1
	Total	2 289.1	2 138.5	530.3	1 572.3	400.8	3 590.5
2013	EMS	1 720.8	1 589.6	546.2	1 570.9	407.7	3 375.5
	Spitex	925.9	577.6		32.4		384.2
	Total	2 646.7	2 167.2	546.2	1 603.3	407.7	3 759.7

Source : OFS, différentes années, Frais et financement du système de santé, tableau 14.5.3.5.

2.3.2 Hypothèses pour les projections de dépenses (y c. définition des notions centrales)

Les chiffres exposés dans les chap. 2.3.3 et 2.3.4 qui suivent ne sont pas des pronostics mais des projections de l'AFF. Ces dernières représentent une extrapolation de tendances à long terme et de leurs répercussions sur les dépenses de la santé. Les projections sont empreintes d'incertitudes, sans que cela n'affecte cependant l'ampleur de l'évolution prévisible. Une perspective d'avenir est par nature grevée d'incertitudes. Cela vaut notamment pour les hypothèses sur le développement économique global, les inducteurs de coûts et les scénarios démographiques retenus. Les projections doivent ainsi être comprises comme des déclarations « si-alors ». Par exemple, si la part des 65 ans et plus se développe selon le scénario démographique retenu, alors les dépenses en matière de soins AOS augmentent de x pourcent. Les conséquences changent également lorsque la méthode de calcul et les hypothèses retenues à partir du modèle sont modifiées. Les projections se basent en outre sur les réglementations légales en vigueur.

Selon le standard international, tel qu'utilisé par l'UE et l'OCDE, les projections des *dépenses publiques* futures (y compris l'AOS) pour les soins de longue durée pour les personnes à partir de 65 ans et les *dépenses publiques* pour la santé (sans les soins de longue durée, y compris l'AOS) sont calculées selon l'approche dite de cohorte. Cette approche se distingue en ce que

les dépenses réparties selon les cohortes d'âge pour les soins de longue durée sont extrapolées avec la croissance démographique sur une période prolongée - dans les projections de l'AFF de 2009 à 2060^{34 35} - ce qui permet d'estimer les effets du vieillissement envisageable de la population suisse sur les dépenses publiques pour les soins de longue durée et pour la santé (sans les soins de longue durée). Le présent rapport indique les projections de dépenses et la charge de financière jusqu'en 2045, un horizon temporel jusqu'à 2060 étant moins prévisible et, par conséquent, empreint de plus grandes incertitudes.

Parallèlement au vieillissement de la population, les projections prennent en compte une corrélation entre l'espérance de vie croissante de la population et son état de santé, respectivement la nécessité en soins de la population plus âgée. Dans le scénario dit « de référence », servant de base aux projections, la population de plus de 65 ans est supposée passer la moitié de ses années de vie gagnées par l'augmentation croissante de l'espérance de vie sans nécessiter de soins, autrement dit la moitié de la durée de vie gagnée est vécue en bonne santé.³⁶ Le scénario de référence correspond au scénario intermédiaire des projections de dépenses. Un scénario optimiste et un scénario pessimiste ont également été calculés, voir *Annexe 6, tableaux III et IV*. Ces scénarios ne modifient pas fondamentalement l'ampleur de l'évolution par rapport au scénario de référence.

Dans le scénario de référence des dépenses pour les soins de longue durée, un deuxième facteur de coûts contribue à l'évolution des dépenses parallèlement au vieillissement (en prenant en compte la croissance démographique). Il s'agit de l'effet Baumol.³⁷ Pour les projections de dépenses relatives aux soins, il est présumé que l'effet Baumol est pleinement applicable. L'augmentation de l'efficacité dans le domaine des soins de longue durée est en outre supposée faible, et l'évolution des revenus d'un point de vue économique global est supposée n'exercer aucune influence sur les dépenses relatives aux soins.

Dans le scénario de référence des dépenses publiques de santé (sans les soins de longue durée), l'effet de revenu contribue, outre le vieillissement, à l'augmentation des dépenses mentionnées (en prenant en compte la croissance démographique). Dans le cadre des projections, les dépenses sont présumées augmenter de manière légèrement disproportionnée par rapport au revenu économique global (élasticité-revenu: 1,1).³⁸ Contrairement au scénario de référence des dépenses en matière de soins, l'effet Baumol est présumé n'exercer aucune influence sur les dépenses de santé (sans les soins de longue durée).³⁹

³⁴ Pour un tableau complet des projections des dépenses en matière de santé, voir Colombier, Carsten (2012) : « Projections des dépenses de santé publique à l'horizon 2060 », Working Paper n° 19 de l'Administration fédérale des finances. Berne.

³⁵ Les projections sont basées sur le scénario démographique moyen de l'Office fédéral de la statistique (OFS) : Scénario A-00-2010. Celui-ci part de l'hypothèse d'un taux de natalité de 1,5 et d'une hausse de l'espérance de vie des femmes (à la naissance) d'un peu moins de 85 ans en 2010 à 89 ans en 2045. Dans la même période, on s'attend à une hausse de l'espérance de vie de 80 à 84 ans chez les hommes.

³⁶ Diverses études montrent que le développement actuel est beaucoup plus favorable et que même les trois quarts de la durée de vie gagnée peuvent être vécus en bonne santé.

³⁷ L'effet Baumol ou « maladie des coûts » de Baumol est un effet relatif sur les prix. Son principe stipule qu'à long terme, les salaires du personnel de santé doivent augmenter proportionnellement au salaire moyen dans l'économie nationale pour assurer durablement un recrutement suffisant de la relève. Mais comme le gain de productivité est inférieur à celui de l'économie globale, les prix de la santé augmentent de manière disproportionnée par rapport au niveau général des prix (Brändle, Th., Colombier, C., Philipona, A. (2016) : Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse, 2016. Département fédéral des finances DFF, p. 54).

³⁸ L'élasticité-revenu positive définit dans quelles proportions l'offre et la demande augmente lorsque le revenu augmente. Des éléments tels que l'avancée médico-technique ou les exigences accrues de la population face au système de santé influent sur ce facteur de coûts. L'augmentation des revenus permet par exemple d'accroître les débouchés pour l'innovation médicale. De cette façon, il y a une plus grande incitation à investir dans la recherche et le développement médical (cf. Carsten Colombier (2012) : Projections en matière de dépenses de santé d'ici 2060, Working paper n° 19 de l'AFF, Administration fédérale des finances, Berne, p. 52).

³⁹ Carsten Colombier (2012) : Projections en matière de dépenses de santé d'ici 2060, Working Paper n° 19 de

Dans les projections de dépenses du scénario de référence, l'effet du vieillissement, et donc la forte augmentation des cohortes d'âge au-dessus de 80 ans, se répercute de manière plus accentuée dans le domaine des soins de longue durée que dans celui de la santé (sans les soins de longue durée).⁴⁰ Partant, la dynamique des dépenses est plus forte dans le cas des soins de longue durée, avec une croissance des dépenses annuelles moyennes de 3,4 % en termes réels de 2011 à 2045, que dans le cas de la santé (sans les soins de longue durée), qui affiche une croissance réelle moyenne de 1,8 % par année. La dynamique des dépenses au niveau des soins est donc probablement surestimée et les dépenses de santé (sans les soins de longue durée) sous-estimées dans les projections du scénario de référence.

L'évolution probable de la population active en équivalent plein temps (EPT), laquelle subit un léger recul après 2022 selon le scénario démographique de l'OFS ainsi qu'une augmentation annuelle présumée de la productivité du travail de près de 1 %, est incluse dans les prévisions relatives au développement économique global. Les salaires réels augmentent au même rythme que la productivité du travail.

Les notions centrales des projections de dépenses présentées dans les chap. 2.3.3 et 2.3.4 et les charges supplémentaires sont définies dans le tableau 3 de la manière suivante :

Tableau 3 : Définitions de notions

Notion	Définition
Dépenses publiques pour les soins de longue durée (« soins de longue durée », « dépenses publiques en matière de soins »)	Somme des dépenses des pouvoirs publics (Confédération, cantons et communes) et de l'AOS pour les prestations réalisées en EMS et celles au niveau des aides et soins à domicile pour les personnes à partir de 65 ans. ⁴¹
Dépenses publiques de santé (« santé »), sans les soins de longue durée	Somme des dépenses des pouvoirs publics (Confédération, cantons et communes) et de l'AOS pour les traitements stationnaires dans les hôpitaux (hôpitaux, cliniques psychiatriques), les traitements ambulatoires (dans les cabinets médicaux et les hôpitaux, physio- et psychothérapie), les médicaments, les appareils thérapeutiques, les traitements dentaires, la prévention et autres prestations telles que les prestations de laboratoire, le transport et le sauvetage. ⁴²
Dépenses publiques totales de santé	Ces dépenses se composent des dépenses publiques pour les soins de longue durée et des dépenses publiques de santé (sans les soins de longue durée).

l'AFF, Administration fédérale des finances, p. 61 ss.

⁴⁰ Dans le cas des projections de dépenses pour les soins de longue durée, le scénario de référence table, avec une contribution en pour-cent du facteur « vieillissement » (y c. la croissance démographique) sur une augmentation de près de 70 % et pour la santé (sans les soins de longue durée) de près de 50 % (corrigée de l'inflation). Dans les perspectives à long terme, publiées en 2016, le Département fédéral des finances s'attend à une contribution de 75 % (soins de longue durée), resp. de 60% (santé sans les soins de longue durée ; cf. Brändle, Th., Colombier, C., Philipona, A. (2016) : Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse, 2016. Département fédéral des finances DFF, p. 57).

⁴¹ Colombier, Carsten (2012) : Projections en matière de dépenses de santé d'ici 2060, Working Paper n° 19 de l'AFF, Administration fédérale des finances, p 74.

⁴² Ibid. p. 68.

La notion de « dépenses publiques » est fondée sur la définition de l'OCDE.⁴³ Elle comprend aussi bien les dépenses publiques pour la santé que les dépenses de l'AOS et de l'AVS (allocation pour impotent). Les dépenses des ménages privés pour la santé (comme, par exemple, la participation aux coûts dans le cadre de prestations de l'AOS ou les frais d'hébergement et de nourriture lors d'un séjour dans un EMS) et les dépenses d'assurances privées ne sont pas comprises dans les « dépenses publiques ».

2.3.3 Evolution des dépenses publiques

L'évolution des dépenses publiques pour les soins de longue durée (y c. AOS) et pour la santé (y c. l'AOS, sans les soins de longue durée) pour la période allant de 2011 à 2045 est exposée selon les organismes de financement.

2.3.3.1 Projections de dépenses dans le domaine des soins de longue durée (y c. AOS) d'ici 2045 pour les personnes à partir de 65 ans selon les organismes de financement

Les projections présentées dans le tableau 4 indiquent que les dépenses corrigées de l'inflation pour les soins de longue durée aux personnes à partir de 65 ans auront plus que triplé entre les années 2011 et 2045.⁴⁴ Les dépenses publiques augmentent, passant de 6,1 milliards de francs à près de 12 milliards de francs en 2030 et à presque 20 milliards de francs en 2045. L'ampleur de la dynamique des dépenses se manifeste également par le fait que la proportion des dépenses publiques pour les soins de longue durée par rapport au PIB augmente de plus du double, de 1,1 % en 2011 à 2,4 % en 2045, alors que le revenu économique global réel, exprimé par le PIB, augmente approximativement d'un facteur de 1,4 au cours de cette période.⁴⁵

⁴³ Définition OCDE: « Public expenditure on health care: health expenditure incurred by public funds. Public funds are state, regional and local Government bodies and social security schemes », voir. OECD Health Statistics (2015): Definitions, Sources, Methods. <http://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=bd8e3b78-1c2c-4559-af30-d552e81b71b1>.

⁴⁴ Le nouveau régime de financement des soins est entré en vigueur en 2011 (cf. communiqué de presse de l'OFSP du 4 décembre 2009: <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msgid=30538>). Les répercussions de cette réforme sur la répartition des coûts ont été prises en compte dans les projections par une estimation de l'OFSP.

⁴⁵ L'étude du Crédit Suisse « L'avenir du marché des homes médicalisés », de juin 2015, part du principe que, même avec des hypothèses optimistes, la part des dépenses pour les EMS et l'aide et soins à domicile va doubler d'ici à 2040.

Tableau 4 : Dépenses publiques pour les soins de longue durée selon les organismes de financement d'ici 2045 (en millions de CHF aux prix de 2009)

Année	Total	Cantons ^a	AOS ^b	Communes ^c	AVS ^d	Confédération ^e
2011	6 192	2 798	1 831	772	468	322
2020	8 381	3 793	2 480	1 041	634	432
2025	9 631	4 520	2 955	1 239	756	512
2030	11 999	5 435	3 555	1 489	909	611
2035	14 377	6 520	4 261	1 780	1 090	726
2040	16 914	7 683	5 013	2 087	1 283	848
2045	19 544	8 888	5 794	2 407	1 482	973

Source : AFF, OFS, OFSP.

^a PC à l'AVS pour les soins de longue durée et contributions cantonales aux EMS, aux aides et soins à domicile, à la part de la RIP pour les soins de longue durée et à la part de l'aide sociale pour les soins de longue durée.

^b Dépenses brutes de l'AOS sans contribution de la Confédération et des cantons à la part de la RIP pour les soins de longue durée.

^c Contributions communales aux EMS, aux aides et soins à domicile, à la part de l'aide sociale pour les soins de longue durée et à l'administration de la part de la RIP pour les soins de longue durée.

^d Allocation pour impotent sans la part de la contribution fédérale à l'AVS.

^e Contribution fédérale à la part de la RIP pour les soins de longue durée et part de la contribution fédérale à l'AVS dans le domaine de l'AVS-allocation pour impotent sans la part des PC à l'AVS pour les besoins vitaux.

Selon ces projections de dépenses, un besoin de financement considérable s'appliquera aux institutions publiques et aux assurances sociales d'ici 2045 (cf. tableau 4). Les charges les plus lourdes sont supportées par les cantons et l'AOS. Les cantons devront consacrer près de 9 milliards de francs en 2045 uniquement pour les dépenses relatives aux soins de longue durée. Dans le cas de l'AOS, les dépenses corrigées de l'inflation augmenteront de 1,8 milliard de francs en 2011 à près de 6 milliards de francs en 2045.

Une subdivision des projections des coûts selon les EMS et selon les aides et soins à domicile indique que la croissance des coûts est dans une large mesure imputable à la hausse des dépenses consacrées aux EMS (voir Annexe 6, tableau I). Entre 2011 et 2045, les dépenses publiques pour les EMS augmentent de plus du double par rapport au PIB, de 0,5 à 1,2 % du PIB, tandis que les dépenses pour les aides et soins à domicile n'augmentent que de 0,2 à 0,3 %. La dynamique des coûts est cependant pratiquement tout aussi importante dans les deux domaines. La part déjà élevée des dépenses relatives aux soins de longue durée consacrée aux EMS continue ainsi d'augmenter.

2.3.3.2 Projections pour les dépenses publiques dans le domaine de la santé d'ici 2045 selon les organismes de financement

Les soins de longue durée ne constituent pas le seul domaine confronté à une augmentation des coûts, les dépenses publiques pour la santé le sont tout autant. Les projections de dépenses pour la santé (sans les soins de longue durée) indiquent une augmentation de la charge des organismes de financement d'un facteur de 1,7 entre 2011 et 2045. Les dépenses s'élèvent à près de 63 milliards de francs en 2045. Sous le régime de financement actuel, l'AOS, avec près de 35 milliards de francs, et les cantons, avec près de 22 milliards de francs, assument la charge principale et la charge supplémentaire des dépenses (cf. tableau 5). Par

conséquent, ces deux organismes de financement prennent conjointement en charge 57 milliards de francs ou près de 90 % des dépenses publiques projetées pour la santé (sans les soins de longue durée). La Confédération et les communes sont concernées à hauteur de près de 6 milliards de francs, soit un peu plus de 10 %. Selon ces projections de dépenses, un besoin de financement considérable sera exigé des institutions publiques et de l'AOS d'ici 2045 (cf. ch. 2.3.4).

Tableau 5: Dépenses publiques pour la santé (sans les soins de longue durée) selon les organismes de financement d'ici 2045 (en millions de CHF aux prix de 2009)

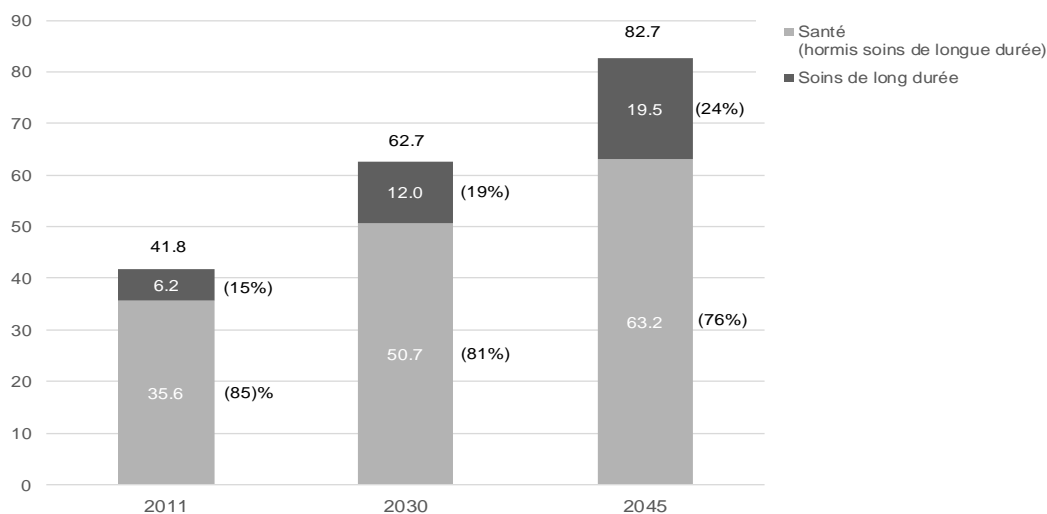
Année	Total (Etat + AOS)	Etat	Cantons	Confédération	Communes	AOS (RIP comprise)
2011	35 607	15 090	11 263	2 779	1 048	20 517
2020	43 594	19 206	14 660	3 325	1 221	24 388
2025	47 189	20 804	15 922	3 574	1 307	26 385
2030	50 721	22 388	17 180	3 815	1 392	28 333
2035	54 685	24 169	18 594	4 087	1 488	30 516
2040	59 031	26 123	20 141	4 387	1 595	32 908
2045	63 182	27 996	21 622	4 675	1 699	35 186

Source : AFF, OFS

La comparaison des dépenses publiques pour les soins de longue durée avec celles pour la santé (sans les soins de longue durée) jusqu'en 2045 montre que la part des coûts des soins de longue durée augmente de façon disproportionnée (cf. figure 1). Les dépenses publiques en matière de soins s'élèvent à près de 15 % des dépenses totales de santé en 2011. Cette proportion augmente considérablement avec le temps et atteint près de 19 % en 2030 et près de 24 % en 2045. L'importance de la multiplication par trois des dépenses dans le domaine des soins de longue durée est relativisée lorsque les projections de dépenses pour les soins de longue durée sont comparées aux dépenses totales projetées de santé (cf. ch. 2.3.3.1), puisque les dépenses publiques pour la santé (sans les soins de longue durée) augmentent plus fortement que celles des soins de longue durée et pèseront ainsi tout autant en 2045 dans les dépenses totales pour la santé.⁴⁶

⁴⁶ Si l'on prenait à chaque fois l'effet Baumol en considération (lequel ne l'est jusqu'à présent que pour les dépenses des soins de longue durée) dans les hypothèses qui sous-tendent les projections des dépenses pour la santé (sans les soins de longue durée) et pour les soins de longue durée, les deux domaines de dépenses augmenteraient en pourcentage dans la même proportion.

Figure 1 : Dépenses totales pour la santé d'ici 2045, subdivisées en dépenses publiques pour les soins de longue durée et en dépenses publiques pour la santé (Etat et assurances sociales, en milliards de francs).⁴⁷



Source: AFF, OFS.

La croissance projetée des dépenses pour les soins de longue durée se traduit au sein de la structure des dépenses de l'AOS entre 2011 et 2045 de la manière suivante: la part des dépenses pour les soins de longue durée au sein de l'AOS se multiplie certes par deux d'ici 2045, mais dépasse à peine un sixième des dépenses globales de l'AOS (sans les soins de longue durée) (cf. figure II de l'annexe 6).

2.3.4 Charge financière

Les projections exposées dans le chapitre précédent montrent la dynamique des dépenses publiques pour les soins de longue durée et pour la santé d'ici 2045. Les recettes et les revenus supplémentaires doivent cependant aussi être pris en compte parallèlement aux dépenses pour le calcul de la charge financière à venir. Ces recettes et revenus supplémentaires résultent de la croissance économique (croissance du PIB), avec une croissance annuelle moyenne présumée d'env. 1 %.

Pour la Confédération, les cantons et les communes, la charge financière est décrite ci-après comme une charge supplémentaire. Celle-ci apparaît lorsque les dépenses projetées aux différents niveaux de l'Etat augmentent davantage que leurs recettes fiscales projetées.⁴⁸ Cette charge supplémentaire pourrait donc être couverte, par exemple, par le biais d'augmentations d'impôts. La pression des coûts dans les soins de longue durée et dans les dépenses pour la santé (sans les soins de longue durée) influence également l'augmentation des dépenses de l'AOS (y c. la RIP). Pour illustrer la charge financière future de l'AOS, l'augmentation des dé-

⁴⁷ Les dépenses publiques totales pour la santé correspondent à la somme des dépenses publiques pour les soins de longue durée (cf. tableau 4) et des dépenses publiques pour la santé (sans les soins de longue durée) d'ici 2045 (cf. tableau 5).

⁴⁸ Les recettes fiscales comprennent les impôts, les cotisations aux assurances sociales et les droits de douanes. Pour les cantons, les recettes fiscales correspondent à environ 50 % en moyenne de leurs recettes publiques totales. Ces dernières comprennent entre autres également les recettes issues des émoluments, des revenus des entreprises gérées par les cantons, de la distribution du bénéfice par la Banque nationale ou des paiements de transfert liés à la péréquation financière nationale.

penses de primes AOS est indiquée par rapport aux revenus moyens disponibles des ménages.⁴⁹ A cet égard, il convient de signaler que non seulement les coûts de l'AOS (y c. RIP) augmentent d'ici 2045 mais également le revenu moyen par ménage. L'augmentation projetée du revenu des ménages absorbe ainsi une partie de l'augmentation projetée des primes de l'AOS, imputable à l'augmentation des dépenses pour les soins de longue durée et pour la santé (sans les soins de longue durée). Le montant restant non couvert est désigné ci-après comme charge supplémentaire des ménages privés. La charge supplémentaire est supposée couverte par les ménages privés, raison pour laquelle aucune charge supplémentaire ne résulte pour l'AOS. La charge supplémentaire de l'AVS résultant de l'augmentation des dépenses pour les soins de longue durée est présentée selon un principe similaire à celui de l'AOS, en chiffrant la charge financière sous la forme de retenues salariales supplémentaires.

2.3.4.1 Charge financière dans le domaine des dépenses publiques pour les soins de longue durée d'ici 2045 selon les organismes de financement

Pour la Confédération, les cantons et les communes, la charge financière en question a été indiquée, dans le tableau 6, en milliards de francs et en pour-cent des recettes fiscales pour les années 2030 et 2045.⁵⁰ Les cantons sont les plus fortement concernés par cette évolution ; ils devraient, par exemple, augmenter les impôts à hauteur de 8,3 % des recettes fiscales d'ici à 2045, respectivement percevoir près de 4,9 milliards de francs supplémentaires corrigés de l'inflation pour pouvoir financer seuls l'augmentation des dépenses relatives aux soins. Les cantons devraient dépenser en 2030 près de 2,0 milliards de francs supplémentaires corrigés de l'inflation pour les soins de longue durée.

Tableau 6 : Charge supplémentaire pour la Confédération, les cantons et les communes ainsi que pour l'AVS en raison de l'augmentation des dépenses publiques pour les soins de longue durée.^{51 52}

Année		Con-fédéra-tion	Cantons	Communes	AVS
	Parts de financement				
2011	- en pour-cent des recettes fiscales ^a / contributions ^b	0,5 %	6,9 %	3,1 %	0,9 %
	Charge supplémentaire par rapport à 2011				
2030	- en pour-cent des recettes fiscales ^a / contributions ^b	+0,3 %	+3,9 %	+1,8 %	+0,9 %
	- en millions de CHF (aux prix	217	2 010	547	408

⁴⁹ Les revenus moyens disponibles des ménages correspondent à la somme des revenus des ménages privés après déduction des impôts et des cotisations pour les assurances sociales sans les primes dues à l'AOS.

⁵⁰ La charge financière en milliards de francs correspond à la part des recettes publiques supplémentaire projetée pour l'année en question devant être réalisée en plus pour financer l'augmentation des dépenses pour les soins de longue durée qui excède l'accroissement des recettes (résultant de l'évolution économique). Ainsi, ce montant ne représente qu'un pur indicateur de politique fiscale ; il ne constitue évidemment en aucun cas un précédent pour la décision de financement concrète dans le futur.

⁵¹ Selon la définition des statistiques financières publiques, les recettes fiscales correspondent concrètement aux revenus des impôts. Au niveau cantonal, il faut encore ajouter les régaies, les concessions et les patentes.

⁵² Pour les calculs présentés dans le tableau 5, les recettes fiscales sont présumées croître de manière proportionnelle au PIB. Les retenues de l'AVS sur le salaire augmentent selon l'évolution projetée des salaires nominaux.

	de 2009)				
2045	- en pour-cent des recettes fiscales ^a / contributions ^b	+0,6 %	+8,3 %	+3,6 %	+1,6 %
	- en millions de CHF (aux prix de 2009)	515	4 904	1 312	884

Source: AFF, OFS.

^a Recettes fiscales respectives de la Confédération, des cantons et des communes

^b Retenues de l'AVS sur le salaire

Par rapport à leurs recettes, les communes constitueraient le deuxième niveau des pouvoirs publics le plus fortement touché par la hausse des dépenses relatives aux soins de longue durée. Elles devraient augmenter leurs impôts de près de 4 % de leurs recettes fiscales afin de pouvoir financer la charge supplémentaire résultante de près de 1,3 milliards de francs corrigés de l'inflation d'ici 2045. La Confédération est nettement moins touchée, mais devrait néanmoins consacrer près de 0,6 % supplémentaire de ses recettes fiscales pour les dépenses relatives aux soins pour la RIP et des coûts des allocations pour impotent de l'AVS.⁵³ Afin de couvrir cette part des dépenses de l'AVS, une augmentation des retenues sur le salaire de 0,9 point de pourcentage serait nécessaire en 2030, correspondant à un doublement par rapport à 2011. Une augmentation des retenues sur le salaire de 1,6 point de pourcentage serait nécessaire en 2045 par rapport à 2011. En 2045, 1,6 % de salaire devraient ainsi être dévolus au seul financement de la part des dépenses de l'AVS pour les soins de longue durée (cf. tableau 6).

Sur la base des dépenses de l'AOS pour les soins de longue durée, la charge des ménages privés s'est élevée à 0,7 % de leurs revenus moyens disponibles en 2011. En prenant en compte l'augmentation des revenus, cette charge (supplémentaire) s'élèvera à 0,4 point de pourcentage en 2030 en raison de la pression des coûts dans ce domaine et à 0,8 point de pourcentage, soit 3,6 milliards de francs, d'ici 2045. En 2045, les ménages privés devront, par conséquent, consacrer 0,8 point de pourcentage du revenu moyen disponible uniquement pour la part en primes AOS utilisée pour couvrir les dépenses relatives aux soins, ce qui correspond à un doublement de leur charge en comparaison avec 2011 (cf. annexe 6, tableau V).

2.3.4.2 Considération globale de la charge financière dans le domaine des dépenses publiques pour la santé

Ci-après, la charge financière dans le domaine des dépenses publiques pour la santé (sans les soins de longue durée) est tout d'abord indiquée pour la Confédération, les cantons et les communes puis est comparée avec la charge financière du domaine des soins de longue durée. Le surcroît de charge pour les ménages privés est ensuite mis en évidence par la hausse des dépenses de l'AOS dans les domaines de la santé (sans les soins de longue durée) et des soins de longue durée.

La charge financière supplémentaire dans le domaine de la santé (sans les soins de longue durée) attendue sur la base des projections de dépenses et de recettes, se répartit de façon très variable entre les trois niveaux des pouvoirs publics, comme indiqué dans le tableau 7.⁵⁴

⁵³ A cet égard, il convient de noter que la Confédération participe également de manière substantielle aux charges induites par l'évolution démographique ; ceci en particulier de par sa contribution proportionnelle de 19,55 % aux dépenses de l'AVS et du pourcent démographique de TVA en faveur du financement de l'AVS ainsi que des PC à l'AVS. En outre, la Confédération finance entièrement l'allocation pour impotent de l'AVS.

⁵⁴ La charge supplémentaire indiquée correspond à la part des recettes fiscales projetées pour l'année en question devant être utilisée en plus afin de financer l'augmentation des dépenses de santé qui excède l'accroissement des revenus (résultant du développement économique).

Les cantons sont les plus touchés. Ils devraient encaisser près de 3,4 milliards de francs supplémentaires corrigés de l'inflation en 2030 et près de 5,6 milliards de francs en 2045 pour faire face aux charges de financement. Cela correspond à une augmentation de 6,5 points de pourcentage des recettes fiscales en 2030, et à près de 9,3 points en 2045. Les cantons dépenseraient ainsi à eux seuls près de 37 % de leurs recettes fiscales pour la santé (sans les soins de longue durée) en 2045. La charge financière au niveau de la Confédération et des communes est en revanche sensiblement inférieure et s'élève en 2045, par exemple, à presque 716 millions de francs soit 0,9 % des recettes fiscales, respectivement à 212 millions de francs soit 0,6 % des recettes fiscales.

Tableau 7 : Charge supplémentaire pour la Confédération, les cantons et les communes en raison de la hausse des dépenses publiques pour la santé (sans les soins de longue durée) et pour les soins de longue durée

An- née		Confédération		Cantons		Communes	
		S ^a (sans L)	L ^b	S ^a (sans L)	L ^b	S ^a (sans L)	L ^b
2011	Parts de financement						
	en pour-cent des recettes fiscales ^c	4,7 %	0,5 %	27,6 %	6,9 %	4,2 %	3,1 %
2030	Charge supplémentaire par rapport à 2011						
	en pour-cent des recettes fiscales ^c	+0,6 %	+0,3 %	+6,5 %	+3,9 %	+0,3 %	+1,8 %
	en millions de CHF (aux prix de 2009)	412	217	3 396	2 010	114	547
2045	en pour-cent des recettes fiscales ^c	+0,9 %	+0,6 %	+9,3 %	+8,3 %	+0,6 %	+3,6 %
	en millions de CHF (aux prix de 2009)	716	515	5 584	4 904	212	1312

Source : AFF, OFS.

^a S = santé (sans les soins de longue durée)

^b L = soins de longue durée

^c Recettes respectives de la Confédération, des cantons et des communes

Une comparaison de la charge supplémentaire au niveau des cantons montre dans le tableau 7 que la charge financière est plus élevée dans le cas de la santé que dans le domaine des soins de longue durée en raison de l'évolution des dépenses de la santé (sans les soins de longue durée). Si l'on regroupe les deux montants, les cantons devraient financer en 2045 un déficit dans le domaine des dépenses globales de la santé de près de 10,5 milliards de francs par des hausses d'impôts s'élevant à près de 18 % des recettes fiscales. La charge financière supplémentaire dans le domaine des soins de longue durée est également moins élevée pour la Confédération que dans le cas de la santé (sans les soins de longue durée). La Confédération serait tenue d'effectuer une hausse totale d'impôts de près de 1,5 % de ses recettes fiscales en 2045 pour couvrir le déficit des deux domaines de dépenses de 1,2 milliard. Au niveau des communes, l'évolution des dépenses dans le domaine des soins de longue durée cause la principale charge supplémentaire de près de 1,5 milliard pour la santé et les soins de longue durée en 2045. La lacune future à financer dans le domaine de la santé (sans les soins de longue durée) reste comparativement faible pour les communes.

Dans le domaine de l'AOS, la charge financière des ménages privés n'augmente pas seulement à cause de la hausse des primes résultant des dépenses supplémentaires à venir dans les soins de longue durée, mais aussi et surtout en raison de l'augmentation des dépenses de santé (sans les soins de longue durée). En 2011, les ménages ont dépensé près de 6,7 % de leurs revenus moyens disponibles des ménages pour les primes de l'AOS dans le domaine de la santé (sans les soins de longue durée).⁵⁵ En partant de l'hypothèse que les revenus augmentent annuellement d'environ 1 % en moyenne et absorbent ainsi une part de la hausse des primes, la charge de l'AOS sur les revenus ménagers augmenterait cependant de 0,4 point de pourcentage jusqu'en 2030 et de 0,9 point de pourcentage d'ici 2045. Les ménages privés dépenseraient ainsi 4,1 milliards supplémentaires d'ici 2045, soit un total de 7,5 % de leurs revenus dans le domaine de la santé (sans les soins de longue durée) par rapport à 2011 (cf. annexe 6, tableau V).

Dans le tableau 8, la charge supplémentaire que constituent les augmentations de primes pour les ménages privés est présentée de manière consolidée et subdivisée en un domaine « soins de longue durée » et un domaine « santé (sans les soins de longue durée) ». Il en ressort que la charge supplémentaire résulte presque à parts égales des deux domaines de dépenses et augmente jusqu'en 2045 de 1,7 point de pourcentage au total par rapport à 2011.

Tableau 8 : Charge supplémentaire des ménages liée à l'AOS en raison des dépenses pour les soins de longue durée et de santé (sans les soins de longue durée) dépassant la croissance des revenus ménagers d'environ 1 % par année en moyenne

Charge (supplémentaire) pour les ménages		2011 ^a	2030 ^b	2045 ^b
en pourcent du revenu moyen disponible des ménages	Soins de longue durée	0,7 %	+0,4 %	+0,8 %
	Santé (hormis soins de longue durée)	6,7 %	+0,4 %	+0,9 %
	Total	7,4 %	+0,8 %	+1,7 %

Source: AFF, OFS.

^a Charge des ménages en 2011

^b Charge supplémentaire des ménages en 2030 et en 2045

Une présentation détaillée des projections de dépenses et de la charge financière jusqu'en 2045 pour les soins de longue durée et de santé (sans les soins de longue durée) des trois niveaux des pouvoirs publics ainsi que des assurances sociales AOS et AVS se trouve dans le tableau VII de l'annexe 6.

2.3.5 Conclusions par rapport à la charge financière

Même si les perspectives d'avenir sont liées, par nature, à quelques incertitudes et que les projections de dépenses ne peuvent pas rendre compte exactement de l'évolution à venir, les chiffres relatifs à la charge financière illustrent cependant de manière significative le défi

⁵⁵ Les revenus moyens disponibles des ménages correspondent à la somme des revenus des ménages privés après déduction des impôts et des cotisations pour les assurances sociales sans les primes dues à l'AOS.

financier considérable se présentant à tous les niveaux des pouvoirs publics ainsi qu'au niveau de l'AOS et de l'AVS.

Les dépenses des pouvoirs publics augmentent davantage que les recettes, aussi bien dans le domaine des soins de longue durée que dans celui de la santé sans les soins de longue durée. Une charge supplémentaire apparaît principalement au niveau des pouvoirs publics. Afin de la compenser, les cantons devraient procéder à une augmentation des impôts correspondant à plus de 18 % de leurs recettes fiscales d'ici à 2045 (9,3 % pour le financement des soins de longue durée et 8,3 % pour le financement des dépenses pour la santé sans les soins de longue durée).

Les dépenses augmentent également fortement au niveau de l'AOS. Partant du principe que les primes couvrent les coûts de l'AOS, aucune charge supplémentaire n'apparaît, mais les ménages privés assument la charge supplémentaire sous la forme d'augmentations de primes. La proportion de la charge des primes sur les revenus ménagers augmente de 1,7 point de pourcentage de 2011 à 2045, c'est-à-dire de 7,4 % à 9,1 % au total. La charge en termes de primes supplémentaires augmente ainsi d'environ un quart au total.

La considération de la dynamique des dépenses publiques globales pour la santé indique que la charge financière augmente sensiblement pour tous les organismes financiers, surtout à partir de 2030. La continuation et le développement de mesures susceptibles d'endiguer le développement des coûts des soins de longue durée, en particulier dans le domaine de la prévention, revêtent ainsi une importance fondamentale pour la maîtrise de la charge financière future. Ils sont présentés aux parties II et III du présent rapport.

Teil II Etat des lieux

1 Mesures prévues ou déjà prises dans le secteur des soins de longue durée

Les scénarios de l'OFS concernant l'évolution démographique indiquent depuis bien longtemps déjà un changement dû à l'allongement de l'espérance de vie dans la structure de la population ; le secteur des soins de longue durée fait partie des enjeux qui en découlent.⁵⁶ Au cours de la dernière décennie, de nombreuses interventions ont été déposées sur le sujet, avec, en objet, soit le financement soit les différents aspects liés à la prise en charge, aux effectifs et à leur qualification ainsi qu'à la recherche. Elles ont permis la création d'un nouveau régime de financement des soins par les Chambres fédérales ainsi que les stratégies et les initiatives lancées par la Confédération seule ou conjointement avec les cantons, qui ont abouti à la mise en place de plateformes et à une prise de mesures décrites ci-après.

1.1 Mesures concernant le personnel

1.1.1 Initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié (FKI)

En 2011, le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) a lancé la fameuse initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié (initiative FKI) pour contrer cette menace en Suisse. Eu égard aux critiques formulées en 2011 (déjà) contre l'immigration en Suisse, en clair contre l'accord de libre circulation des personnes, et étant donné l'évolution démographique connue, il a été décidé, au moyen de différentes mesures, de mieux exploiter le potentiel indigène. La demande en personnel qualifié doit davantage être couverte par la population suisse d'ici à 2020. Toutefois, il est également important de mieux qualifier les personnes qui le sont peu ou pas pour en faire une main d'œuvre qualifiée. Le Secrétariat d'État à l'économie SECO assure la direction du projet au sein de la Confédération. Il se charge des missions de coordination et des tâches transversales dans le cadre de l'initiative FKI.

Lors de la table ronde du 21 mai 2013, la Confédération, les cantons et les partenaires sociaux se sont coordonnés sur les prochaines étapes à franchir : chacun des acteurs a défini des mesures dans son propre domaine de compétences en vue de lutter contre la pénurie de main d'œuvre qualifiée. En novembre 2013, le Conseil fédéral a adopté un ensemble de mesures qui doivent s'étaler sur quatre ans (2015-2018). L'initiative FKI a encore gagné en importance avec l'adoption de l'initiative populaire « Contre l'immigration de masse ». Le Conseil fédéral a pris acte, le 19 septembre 2014, de la note de discussion consacrée au renforcement de l'initiative FKI. Il a été convenu d'intensifier les différentes mesures en cours dans ce contexte, comme par exemple : relever le niveau de qualification pour répondre aux besoins du monde du travail (en particulier dans le domaine de la santé), améliorer les possibilités de concilier la vie professionnelle et familiale, création de conditions de travail adéquates visant à promouvoir l'activité professionnelle jusqu'à l'âge de la retraite et au-delà ainsi qu'encouragement de l'innovation et de la productivité⁵⁷ pour atténuer la pénurie de personnel qualifié.

Dans le cadre de la conciliation de la vie familiale et professionnelle, le Conseil fédéral a adopté, le 5 décembre 2014, avec le rapport « Soutien aux proches aidants », un « Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants » (cf. ch. 1.3.3).

⁵⁶ Office fédéral de la statistique (2008) : Vieillesse démographique et adaptations sociales (4/2007), Neuchâtel.

⁵⁷ Le programme d'encouragement « Ambient Assisted Living (AAL) » est un exemple d'innovation pour améliorer la productivité. Il soutient des projets développant des produits et des prestations innovants destinés à améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées.

1.1.1.1 Interventions parlementaires en cours

La pénurie de médecins et de personnel soignant s'inscrit dans une réflexion plus large portant sur le manque de main-d'œuvre qualifiée en Suisse. Cette thématique est présente dans les motions 14.3009 du 24 février 2014 et 14.3380 du 15 mai 2014 « Mesures visant à pallier la pénurie de main-d'œuvre qualifiée eu égard à la nouvelle situation ». La motion 14.3380 a été adoptée par le Conseil national le 12 juin 2014 et la motion 14.3009 par le Conseil des États le 16 juin 2014. Elles portent toutes les deux sur les « mesures visant à pallier la pénurie de main-d'œuvre qualifiée eu égard à la nouvelle situation » suite à la votation du 9 février concernant l'initiative populaire « contre l'immigration de masse ». Ici, on s'intéresse principalement aux mesures qui permettraient de remédier à la pénurie de médecins et de personnel soignant. Cette question avait aussi été abordée de manière indirecte au travers du postulat 13.3382 « Mieux épuiser le potentiel de la main-d'œuvre indigène » du 3 juin 2013. Le postulat a été adopté le 26 septembre 2013 par le Conseil des États. Le Conseil fédéral est invité à préparer des mesures propres à renforcer durablement le potentiel de la main-d'œuvre indigène et à y consacrer un rapport.

1.1.2 Efforts nécessaires pour augmenter le nombre et les qualifications de professions impliquant des compétences sanitaires

Suite au transfert de la formation professionnelle et des filières des hautes écoles spécialisées dans la sphère de compétence de la Confédération et à la mise en œuvre de la systématique de la formation, les professions de la santé et donc les soins ont bénéficié d'une nouvelle classification en matière de politique de formation induisant de nouvelles responsabilités et compétences. Les formations professionnelles de base et supérieures entrent dans le champ d'application de la loi fédérale sur la formation professionnelle (LFP⁵⁸). Leur qualité est garantie par des règlements de formation, des plans d'études cadres et des examens fédéraux. La loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles (LEHE), qui inclut les filières d'études des hautes écoles spécialisées (HES), est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015. Contrairement à l'ancienne loi sur les hautes écoles spécialisées, la LEHE ne prévoit pas d'accréditation obligatoire des filières d'études. Cette lacune dans la réglementation doit être comblée par la future loi sur les professions de la santé (LPSan). Les bases légales figurent dans la systématique suisse de la formation dans le domaine de la santé, représentée dans l'annexe 2.

Afin de contrer la pénurie de personnel qualifié et de promouvoir l'intégration des professions des soins dans la systématique suisse de la formation, le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) a créé, avec le Masterplan « Formation aux professions des soins », une plate-forme de coordination au sein de laquelle la Confédération, les cantons et les organisations du monde du travail ont coordonné et appliqué des mesures visant à augmenter le nombre de diplômés en Suisse.

1.1.2.1 Augmentation du nombre de diplômes et adaptation des filières de formation

Le rapport final sur le Masterplan « Formation aux professions des soins », approuvé par le Conseil fédéral le 3 février 2016, montre que l'attrait des professions des soins et le nombre de personnes ayant achevé une formation dans ce domaine en Suisse ont augmenté. Ainsi, le nombre de titulaires d'une formation professionnelle de base ne cesse d'augmenter : en effet, le nombre de diplômes professionnels délivrés chaque année a plus que doublé depuis 2007. On note également une évolution favorable du nombre de diplômés au niveau tertiaire. Les efforts en vue d'augmenter les admissions dans les filières de formation aux professions des soins des ES et des HES seront poursuivis, comme seront maintenues les conditions de base encourageant la création de places de formation chez les employeurs. Autre succès :

⁵⁸ RS 412.10.

l'intégration des professions des soins dans la systématique de la formation. Les offres s'étendent de la formation professionnelle de base avec certificat professionnel fédéral sur deux ans aux filières du Bachelor et du Master dans les HES, en passant par des offres de formation supérieure (cf. systématique de la formation à l'annexe 2). Elles répondent aux besoins des institutions du système de santé qui recherchent du personnel qualifié disposant des formations les plus diverses. L'observation continue des effectifs et du personnel qualifié recruté à l'étranger ainsi que le calcul des besoins de relève permet de diriger l'activité de formation en fonction des besoins. Outre les mesures de formation, les conditions d'engagement et de travail, par exemple, sont d'autres facteurs qui influent sur la garantie et la qualité des soins. Elles relèvent de la compétence des institutions de santé, qui doivent assurer leur suivi au-delà du Masterplan « Formation aux professions des soins ».

En résumé, les formations en soins sont multiples et variées, accessibles via différentes filières et ouvertes sur d'autres spécialisations.

Concernant les soins de longue durée, il convient de mentionner notamment l'examen professionnel (EP) d'assistant spécialisé en soins de longue durée et accompagnement, sanctionné par un brevet fédéral.⁵⁹ De plus, l'OdASanté est en passe de développer un autre EP ainsi que des examens professionnels supérieurs (EPS) en soins infirmiers. Les domaines importants pour les soins de longue durée sont les soins palliatifs, les soins en oncologie, les soins en gérontologie et les soins psychogériatriques, les soins en néphrologie, le conseil en diabétologie, ainsi que les soins en psychiatrie (EP et EPS) pour les personnes atteintes dans leur santé psychique.

On attend de la future loi sur les professions de la santé (LPSan) qu'elle augmente l'attrait des formations en HES, suivies entre autres par les infirmiers diplômés. L'accréditation obligatoire et la définition rigoureuse des compétences générales garantissent en outre la qualité des filières d'études. Le risque potentiel de mise en danger d'autrui étant très élevé dans les professions de la santé, le projet prévoit que pour exercer sous sa propre responsabilité, il faut obtenir une autorisation de pratiquer comportant des conditions bien définies et des obligations professionnelles. Le projet de LPSan et le message y relatif ont été approuvés par le Conseil fédéral le 18 novembre 2015.⁶⁰

1.1.2.2 Interventions en cours

Dans la motion 14.3162 « Mesures d'incitation visant à diminuer la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans le secteur de la santé » du 20 mars 2014, il est question de recruter du personnel de santé, compte tenu que plus d'un tiers des personnes actives prendront leur retraite dans les années à venir, et que les besoins dans les domaines des soins à domicile et des soins aux personnes âgées augmenteront fortement. Le Conseil fédéral demande le rejet de la motion et renvoie aux travaux dans le cadre du Masterplan « Formation aux professions des soins » ainsi qu'à la mise en œuvre de l'initiative FKI. L'interpellation 14.3112 « Secteur de la santé. Pénurie de personnel spécialisé due à des raisons internes » du 18 mars 2014 interprète la question de la pénurie de personnel qualifié. La réponse du Conseil fédéral intègre les thèmes comme le monitoring professionnels de la santé, à savoir du personnel soignant, les informations sur le taux d'abandon pour les études et les changements d'orientation professionnelle ainsi que le développement du travail à temps partiel. L'intervention a été liquidée le 20 juin 2014 par le Conseil national.

⁵⁹ Suite à la publication du règlement d'examen élaboré par l'OdASanté EP en soins de longue durée et accompagnement dans la Feuille fédérale du 19.11.2013, la procédure de conciliation se poursuit sous la direction du SEFRI après l'opposition des associations Savoirsocial, FSAS et Curahumanis.

⁶⁰ <http://www.gesbg.admin.ch/index.html?lang=fr>.

Les questions relatives au personnel étranger en corrélation avec l'acceptation de l'initiative populaire fédérale « Contre l'immigration de masse » sont posées dans le postulat 14.3228 « Personnel étranger dans le secteur de la santé. Analyse de la situation et mesures » du 21 mars 2014. Ce critère a été également intégré dans le Masterplan « Formation aux professions des soins ». Les étapes destinées à améliorer les données actuelles ont notamment été initiées au même titre que les efforts pour développer l'activité de formation au niveau national et pour épuiser le potentiel en personnel qualifié. Le Conseil fédéral a demandé le rejet du postulat en se référant aux travaux déjà en cours.

La question du développement des compétences nécessaires pour répondre à l'augmentation du nombre de patients âgés devant être assistés en permanence a été abordée dans l'interpellation 13.3298 « Améliorer la qualité de la formation pour les professions de la santé de niveau tertiaire non universitaire » du 16 avril 2013. Dans sa réponse, le Conseil fédéral rappelle que l'examen périodique et l'actualisation des compétences sont prévus dans la loi et effectués par OdASanté. Au surplus, il est renvoyé au rapport « Panorama des professions de la santé », élaboré à l'attention du canton de Berne comme base pour les profils de formation et les formations qui seront nécessaires à l'horizon 2030. L'interpellation a été liquidée le 27 septembre 2013.

La motion 11.3889 « Encourager et soutenir les possibilités de reconversion et les deuxièmes formations pour le personnel de soins » du 29 septembre 2011 a été adoptée le 27 septembre 2012 par le Conseil national et le 21 mars 2013 par le Conseil des États. La responsabilité des travaux incombe au SEFRI.

1.1.3 Décharge et soutien des proches aidants

En raison de l'évolution démographique, l'assistance et les soins dispensés aux patients par des proches sont appelés à prendre de l'importance à l'avenir. D'après des extrapolations de résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012, on estime que 680 000 à 750 000 femmes et hommes âgés de 15 à 64 ans ont sollicité l'aide informelle de proches durant les 12 mois précédents. Chez les plus de 65 ans, le nombre de femmes et d'hommes ayant demandé l'aide informelle de proches, avec ou sans recours aux services de soins et d'aide à domicile, se situait entre 220 000 et 260 000. Sur la base de l'évolution démographique, on estime que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 46 % à l'horizon 2030.

C'est dans la dernière période de leur vie, quel que soit leur âge, que les personnes malades et dépendantes ont particulièrement besoin de l'assistance et des soins de leurs proches. On estime que 50 à 60 % des quelque 60 000 décès annuels en Suisse sont l'issue d'une maladie grave et évolutive (p. ex. un cancer). La maladie dure en moyenne deux à trois ans jusqu'au décès. Si elle est chronique, c.-à-d. dans 30 à 40 % des cas (p. ex. maladie de Parkinson, démence), le décès survient après huit à dix ans.

Bien que le soin aux personnes malades et dépendantes par les proches soit indispensable dans la perspective d'un financement durable du système de santé, cette tâche est rendue toujours plus difficile du fait du changement des structures familiales (cellules familiales plus petites, augmentation de l'activité professionnelle des femmes, besoin de deux revenus par famille). Plus de la moitié des femmes et des hommes en Suisse sont confrontés vers le milieu de leur vie à la nécessité de gérer la perte d'autonomie de leurs parents ou de leurs beaux-parents. En 2012, 6 % des personnes de 15 à 64 ans interrogées dans le cadre de l'Enquête suisse sur la population active (ESPA) s'occupaient régulièrement d'assister ou de soigner un proche (malade, handicapé, parent âgé ou connaissance de 15 ans et plus). Cela représente près de 330 000 personnes si l'on extrapole ce chiffre à l'ensemble de la population active.

Une étude mandatée par l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (AS-SASD) montre que la « valeur » du travail non rémunéré d'assistance et de soins par des proches s'élève à 3,55 milliards de francs pour l'année 2013.⁶¹ En comparaison, les charges des services de soins et d'aide à domicile pour toute la Suisse (total des charges totales de personnel et d'exploitation, total des coûts des services de soins et d'aide à domicile de droit public ou à but lucratif et des infirmiers indépendants) se sont élevées à 1,83 milliard de francs en 2012, un montant qui inclut également les prestations ménagères des services de soins et d'aide à domicile.

L'analyse de la situation actuelle montre qu'il existe déjà beaucoup de stratégies pour soutenir les proches aidants, mais que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour les décharger, leur assurer un encadrement qualifié et rendre leur travail d'assistance compatible avec leur propre activité professionnelle.

C'est pourquoi le Conseil fédéral a approuvé, avec le rapport « Proches aidants », le Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants le 5 décembre 2014. Ce plan d'action a pour but de créer de bonnes conditions cadres pour les proches aidants, de permettre à ces derniers de s'engager durablement et d'éviter autant que possible un surmenage des familles en leur offrant des mesures de soutien et de décharge adaptées. Les personnes actives qui souhaitent réduire temporairement leur horaire de travail ou prendre un congé devraient pouvoir le faire sans mettre en jeu leur situation économique ni leur carrière professionnelle. Des mesures telles qu'une sensibilisation des entreprises, le développement de normes de qualité des soins à domicile ou le cofinancement d'offres de décharge limitées dans le temps sont prévues à cette fin. Les mesures du plan d'action seront mises en œuvre dans le cadre de la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons.

1.2 Mesures dans le domaine de la fourniture des soins et de l'infrastructure

En principe, les cantons sont responsables de la fourniture des soins, et ce également dans le domaine des soins de longue durée. La fourniture des soins de santé présente différentes facettes. Il s'agit avant tout de l'infrastructure et du personnel, ainsi que du recrutement et de la formation et la formation continue. Si l'infrastructure relève de la compétence des cantons, le recrutement du personnel incombe aux institutions et organisations de soins de longue durée. Cependant, des questions sur ce sujet, qui requièrent une stratégie pour l'ensemble de la Suisse et qui nécessitent un processus commun à la Confédération et aux cantons, sont toujours à régler. Dans le secteur de la santé, le Dialogue Politique nationale suisse de la santé est la plate-forme majeure de la collaboration entre la Confédération et les cantons. Le Dialogue Politique nationale suisse de la santé vise à relever le plus tôt possible les défis actuels et à venir posés dans le domaine de la santé et à coordonner une démarche commune. Les questions relatives à la fourniture des soins au sens large, qui concerne aussi bien la Confédération que les cantons, sont discutées sur cette plate-forme. Le Dialogue lance des projets pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies communes.

1.2.1 Stratégie nationale « Migration et santé »

Afin d'améliorer la situation sanitaire des migrants en Suisse, l'OFSP a mis en œuvre depuis 2002, sur mandat du Conseil fédéral, la stratégie « Migration et santé », à laquelle ont participé les différents offices fédéraux et organisations concernés.

L'augmentation du pourcentage d'occupants dans les EMS issus de l'immigration et qui ne sont pas en mesure de parler la langue du canton respectif fait apparaître une demande plus grande en matière d'établissements de soins ou de services structurés de manière appropriée.

⁶¹ Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS : « Prestations de soins et d'assistance dispensées par les proches : temps investi et évaluation monétaire », p. 4. <http://www.spi-tex.ch/upload/B2DBB48B7E/9741B08CEB/5FCDBA7D3C.pdf>.

On a notamment de plus en plus besoin de personnel soignant disposant de connaissances linguistiques (entre autres, serbe, croate, albanais, espagnol, portugais) ainsi que de compétences transculturelles.⁶² Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national Migration et Santé 2014-2017, une stratégie partielle intitulée « Âge et migration » est élaborée, en étroite collaboration avec le Forum national « Âge et migration », dans lequel sont entre autres représentés Caritas Suisse, Curaviva, FIMM, Pro Senectute, CRS, CSA et l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. En outre, les compétences transculturelles (p. ex. formation postgrade en ligne) des médecins et du personnel soignant sont favorisées par différentes mesures au même titre que l'utilisation de traducteurs interculturels (incitation à la formation initiale et postgrade, utilisation d'un service d'interprètes national par téléphone).

1.2.2 Stratégie nationale en matière de soins palliatifs

En 2008, la Confédération et les cantons ont institué un Groupe national de promotion des soins palliatifs. Sous la direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), près de 80 experts ont évalué les besoins dans le domaine des soins palliatifs en Suisse et élaboré des mesures. L'évaluation a révélé des lacunes dans les cinq domaines « soins », « financement », « sensibilisation », « formation » et « recherche ». En 2010, on formulait alors la stratégie soins palliatifs avec les objectifs suivants :

- des prestations dans le domaine des soins palliatifs doivent être proposées ;
- les soins palliatifs doivent être accessibles à tous, et
- la qualité des soins palliatifs doit correspondre à des normes internationales.

Avec la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs », la Confédération et les cantons visent à intégrer ensemble, avec les acteurs principaux, les soins palliatifs dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines. L'ensemble des objectifs n'ayant pas été atteints au cours de la première phase qui s'est étalée jusqu'en 2012, le Dialogue Politique nationale suisse de la santé a adopté le 25 octobre 2012, la deuxième phase de la Stratégie soins palliatifs, laquelle mettait l'accent sur une meilleure intégration des soins palliatifs dans les structures existantes du système de santé et de formation. Le 29 mai 2015, la Confédération et les cantons ont décidé de transformer la stratégie nationale en matière de soins palliatifs, laquelle est arrivée à son terme fin 2015, en une plateforme sur les soins palliatifs. Les questions relatives à la fourniture et au financement, qui relèvent de la compétence des cantons, ainsi que la coordination des activités, sont au cœur du débat. La plateforme sera opérationnelle début 2017.⁶³

1.2.3 Stratégie nationale en matière de démence

Les deux motions 09.3509 « Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence I » et 09.3510 « Pilotage de la politique en matière de pathologies de la démence II. Stratégie commune de la Confédération et des cantons » du 5 juin 2009 chargeaient la Confédération d'élaborer, en collaboration avec les cantons et les organisations concernées, les bases nécessaires afin que les coûts supportés par les individus et par la collectivité pour les pathologies de la démence puissent être suivis et observés dans la durée. Une mesure permettant de recueillir des données chiffrées régulièrement actualisées dans l'objectif de piloter une politique suisse commune en matière de pathologies de la démence. En outre, la Confédération

⁶² Commission fédérale pour les questions de migration (2012) : « Alors nous sommes restés... » Les migrantes et les migrants âgés en Suisse. Berne. https://www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/dokumentation/materiailien/mat_alter_f.pdf.

⁶³ <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-57455.html>.

s'est engagée, en collaboration avec les cantons et les organisations concernées, à établir les principes d'une stratégie en matière de pathologies de la démence. Les motions ont été adoptées par le Conseil national le 12 avril 2011 et par le Conseil des États le 12 mars 2012.

Le 21 novembre 2013, la Confédération et les cantons ont approuvé, dans le cadre du Dialogue Politique nationale suisse de la santé, la « Stratégie nationale en matière de démence 2014–2017 ». Elle a pour but de réduire la charge liée à cette maladie et d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées. A l'avenir, des offres coordonnées et adaptées doivent en outre être à disposition des personnes concernées aux différents stades de la maladie. L'élaboration de cette stratégie, déclinée en plusieurs étapes, est le fruit de la coopération très active de représentants d'organisations d'entraide, d'experts issus des groupes professionnels et des organisations spécialisées, de fournisseurs de prestations à différents niveaux, de collaborateurs de la Confédération, des cantons et des communes. Ils continueront à développer en commun les différentes activités et à les adapter aux besoins du public cible et des régions. Lors de la mise en œuvre de la stratégie nationale 2014 – 2017, la répartition des tâches entre la Confédération, les cantons et les communes sera prise en compte. La plupart des projets seront initiés de manière décentralisée. Ils seront concrétisés et pris en charge personnellement et financièrement par les acteurs compétents.⁶⁴

1.2.4 Mesures d'encouragement des soins coordonnés

L'encouragement des soins coordonnés est l'une des mesures centrales de « Santé2020 ». Le Dialogue Politique nationale de la santé (Dialogue PNS) a confirmé en mai 2014 que les futurs travaux de coordination des soins devaient être axés non plus sur les modèles d'assurance, mais sur les groupes de patients recourant à des prestations de santé lourdes et multiples, c'est-à-dire sur les 10 % des assurés qui nécessitent à eux seuls 70 à 80 % des prestations.⁶⁵ C'est dans cet esprit qu'avait été préparée la 2^e conférence nationale Santé2020 du 26 janvier 2015 sur le thème « Améliorer ensemble les soins coordonnés ».

Dans les années à venir, il est prévu de promouvoir les soins coordonnés par une combinaison de différentes approches, à savoir :

- le renforcement des conditions cadres : poursuite et intensification des activités indispensables aux soins coordonnés (Stratégie eHealth Suisse, mesures de formation de base et postgrade).
- le renforcement des mesures destinées à encourager les soins coordonnés dans l'application des stratégies en cours (p. ex. soins palliatifs, Stratégie MNT, démence, qualité).
- l'amélioration de la coordination pour des groupes définis de patients ou au niveau de certaines interfaces : des mesures concrètes d'encouragement de la coordination doivent être conçues et mises en œuvre pour des groupes définis de patients (p. ex. des patients âgés, en situation précaire ou atteints de maladies chroniques) ou au niveau de certaines interfaces (p. ex. hôpital, soins post-hospitaliers), d'entente avec les organisations de prestataires, les cantons et d'autres acteurs (p. ex. ligues de santé, assureurs).

⁶⁴ Un aperçu de l'état actuel du projet est disponible sous le lien suivant : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/15056/index.html?lang=fr>.

⁶⁵ Dans le sillage du Masterplan « Médecine de famille et médecine de base » et en prévision du déficit en personnel dans certaines professions de la santé, un groupe de travail mandaté par la Confédération et les cantons a élaboré le rapport « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours ».

1.3 Mesures dans le domaine de la prévention

Désormais les personnes vivent deux fois plus longtemps qu'il y a 100 ans. Cette élévation massive de l'espérance de vie est avant tout la résultante des progrès médicaux et des améliorations en termes d'hygiène mais aussi de l'apparition et du développement de l'Etat social. Ainsi, bien plus nombreux sont ceux qui atteignent un âge où ils sont susceptibles de souffrir de maladies non transmissibles (MNT), telles que le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, la démence, les maladies chroniques des voies respiratoire ou les maladies musculo-squelettiques. Ces maladies, non transmissibles d'une personne à l'autre (dites « non communicable diseases » ou « NCD »), caractérisées par une longue phase pathologique, sont la principale cause de mortalité dans notre société. Elles représentent aussi pour le système de santé un énorme défi sur les plans financier, structurel et humain. Une nouvelle étude⁶⁶ chiffre les coûts induits par les MNT en Suisse à 52 milliards de francs par an. Les MNT sont ainsi responsables de 80 % des coûts de santé directs en Suisse. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le nombre de maladies non transmissibles continuera d'augmenter ces prochaines années.

Environ la moitié d'entre elles pourraient être évitées, ou en tout cas retardées, par l'adoption d'un style de vie sain. Elles sont en effet favorisées par les facteurs de risques suivants : mauvaise alimentation, manque d'exercice physique, abus d'alcool et tabagisme. Les mesures qui améliorent le mode de vie individuel et l'environnement social peuvent réduire sensiblement la charge de morbidité et ses coûts économiques. Dans son message du 16 février 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, le Conseil fédéral a déjà souligné le potentiel de la prévention pour endiguer les coûts dans le domaine des soins de longue durée.⁶⁷ Depuis 2008, trois programmes visant à lutter contre les principaux facteurs des maladies non transmissibles sont poursuivis en Suisse : il s'agit des programmes nationaux de prévention tabac, alcool ainsi que alimentation et activité physique. Ils couvrent différentes activités de prévention dans ces domaines aux échelons national, cantonal et communal. Ils peuvent par exemple apporter une contribution dans le domaine de la prévention du cancer, des maladies cardiovasculaires, respiratoires chroniques et squeletto-musculaires, ainsi que du diabète et de la démence ; ils contribuent ainsi à la réduction des besoins en soins. Les programmes sont mis en œuvre conjointement avec les cantons, des ONG et, selon l'approche multisectorielle envisagée, avec d'autres acteurs issus de différents domaines (aménagement du territoire, économie, éducation). Le Programme national migration et santé et le Réseau santé psychique complètent ces programmes en mettant l'accent sur des groupes de population particulièrement vulnérables. En 2012, le Conseil fédéral a prolongé les programmes de prévention de quatre années supplémentaires, soit jusqu'à 2016, ce qui permet d'assurer la continuité du travail fourni ces dernières années. Cette continuité est d'autant plus importante que les mesures de prévention ne déploient leurs effets qu'à moyen et long termes.

En 2012, la loi sur la prévention, victime du frein aux dépenses, a échoué devant le Parlement malgré une majorité la soutenant dans les deux Chambres. Ainsi, bien que reconnu par les acteurs politiques, le besoin de renforcer la coordination, d'optimiser les activités de prévention en cours, de mieux cibler et de créer des synergies n'a pas reçu l'appui législatif espéré et doit être comblé par d'autres moyens. La Confédération et les cantons ont donc approuvé, dans le Dialogue PNS, une « Stratégie nationale pour de prévention des maladies non transmissibles » (Stratégie MNT). Dans sa stratégie globale 2020, la Confédération l'a définie comme

⁶⁶ Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki; Riguzzi, Marco; Fischer, Barbara; Telser, Harry; Pletscher, Mark; Eichler, Klaus; Trost, Melanie; Schwenkglenks, Matthias (2014): Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=fr>).

⁶⁷ FF 2005 1911.

étant une priorité de santé publique. Les participants élaborent actuellement des mesures concrètes que le Conseil fédéral et le Dialogue PNS vont présenter en automne 2016.

Cette stratégie vise à empêcher ou à retarder l'apparition de cancers, de maladies cardiovasculaires, du diabète, des maladies chroniques des voies respiratoires et des troubles musculo-squelettiques ou à en atténuer les conséquences. La concrétisation des mesures se concentre sur trois priorités : l'amélioration de la collaboration dans la prévention, l'ancrage de la prévention dans le domaine des soins, et le renforcement de la gestion de la santé en entreprise. La deuxième priorité est particulièrement importante pour les soins de longue durée, car la prévention doit s'inscrire dans la palette des prestations proposées par les médecins, les pharmacies, les services d'aide et de soins à domicile, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Il s'agit là d'éviter que la maladie se déclare ou d'en reporter l'échéance.

1.4 Autres mesures

1.4.1 Participation des patients

Une meilleure prise en compte des patients et des assurés dans les processus de politique de santé est une partie de la stratégie du Conseil fédéral « Santé 2020 ». Les patients en Suisse doivent être mieux informés sur leurs droits et les possibilités qu'ils ont de se faire conseiller. Ils devraient aussi pouvoir se faire entendre davantage dans le processus politique. C'est ce que suggère le rapport « Droit des patients et participation des patients en Suisse », dont le Conseil fédéral a pris acte le 24 juin 2015. Il a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'analyser certaines possibilités d'actions en profondeur.

1.4.2 Dossier électronique du patient

Dans sa stratégie de politique sanitaire « Santé2020 », le Conseil fédéral entend fixer les priorités suivantes : garantir la qualité de vie, renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle, garantir et renforcer la qualité des soins, garantir la transparence et améliorer le pilotage et la coordination. Les services de santé électroniques constituent des éléments essentiels pour atteindre ces objectifs.

La spécialisation des professions de la santé a pour corollaire une hausse du nombre des différentes professions impliquées dans le traitement d'un patient. Il s'ensuit une multiplication des données médicales sur le patient et des professionnels de la santé qui doivent avoir accès à ces données en tout lieu et à toute heure. Un accès simple et sûr à des données et documents pertinents pour le traitement (p. ex. radiographies, rapports de sortie d'hôpital, données de laboratoire, listes de médicaments, documentation des soins) facilite la collaboration entre les différents groupes professionnels et permet de prodiguer au patient des soins de haute qualité tout au long de la chaîne thérapeutique.

La numérisation des services de santé exige des solutions qui offrent un degré suffisant d'interopérabilité technique tout en permettant une meilleure mise en réseau, une meilleure intégration et une meilleure coordination des processus de traitement. La Confédération et les cantons ont déjà posé les jalons nécessaires à l'interconnexion des services électroniques de santé dans l'élaboration conjointe de leur « Stratégie eHealth Suisse » approuvée par le Conseil fédéral le 27 juin 2007. Cette stratégie est maintenant complétée par une réglementation légale uniforme à l'échelle nationale, la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, adoptée par les deux Chambres en vote final le 19 juin 2015.⁶⁸ Le texte devrait entrer en vigueur début 2017.

⁶⁸ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=fr>, texte de loi : FF 2015 4419.

1.4.3 Recherche sur les services de santé

La motion 13.3745 déposée le 19 septembre 2013 « Programme national de recherche <soins de longue durée> » charge le Conseil fédéral de lancer un programme national de recherche (PNR) dédié aux soins de longue durée qui aura pour objectif de mettre en évidence des solutions permettant de pallier les insuffisances que présentent les soins de longue durée à domicile et d'éclairer la problématique concomitante de la migration de personnel soignant. Dans son avis du 13 novembre 2013, le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion. Il s'est référé au concept global de la recherche sur les services de santé réalisé entre-temps par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ce concept sert de base à un programme national de recherche intitulé « Système de santé ». Un PNR sur le thème des soins de longue durée n'est actuellement pas indiqué aux yeux du Conseil fédéral. La motion a été classée le 25 septembre 2015.

Le 24 juin 2015, le Conseil fédéral a décidé de réaliser un PNR « Un système de santé mieux adapté aux défis à venir » (NFP 74, 5 ans, 20 millions de francs).⁶⁹ Ceci donne, en autres, aux milieux intéressés par les soins de longue durée une nouvelle possibilité d'encourager la recherche. Une autre façon de l'encourager existe déjà depuis 2012 avec la fondation Gottfried et Julia Bangerter-Rhyner (fondation Bangerter), laquelle collabore avec l'ASSM (env. 1 million de francs par an). Les deux instruments d'encouragement sont coordonnés et peuvent, selon les projets, être considérés comme complémentaires.

1.5 Nouveau régime de financement des soins

Le nouveau régime de financement des soins concerne l'assurance-maladie, l'assurance vieillesse et survivants (AVS) et les prestations complémentaires (PC). Il poursuivait deux objectifs : d'une part, améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins ; d'autre part, éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie obligatoire (AOS) qui, dans l'ancien système, prenait en charge un nombre croissant de prestations de soins liées à la vieillesse.

Les modifications des bases légales et les ordonnances d'exécution de la Confédération nécessaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2011.⁷⁰ Le nouveau financement des soins règle la répartition des coûts des soins et leur prise en charge par l'AOS, par les assurés et par les cantons. Des réglementations de financement différentes sont valables pour les soins aigus et de transition ainsi que pour les soins de longue durée. La mise en œuvre et notamment la réglementation sur le financement résiduel incombent, selon la volonté expresse du Parlement, aux cantons. Cette manière de faire est cohérente, dans la mesure où les cantons sont compétents pour les EMS et le domaine de l'aide et des soins à domicile. Cela a induit des solutions différentes d'un canton à l'autre, lesquelles ont donné lieu à des difficultés dans le domaine du financement (résiduel) du séjour dans des homes extra-cantonaux.

1.5.1 Rapport de l'OFSP sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins

À l'attention des Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) ainsi que du Conseil des États (CSSS-E), l'administration a élaboré, en collaboration avec les cantons, plusieurs rapports sur l'avancée de la mise en œuvre du nouveau régime

⁶⁹ <http://www.sbfi.admin.ch/aktuell/medien/00483/00594/index.html?lang=fr&msg-id=57831>.

⁷⁰ <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04104/06669/index.html?lang=fr>.

de financement des soins dans les cantons.⁷¹ Les rapports s'appuient notamment sur des sondages concernant la mise en œuvre, réalisés en particulier auprès des départements de santé publique cantonaux à plusieurs reprises.

Les résultats des sondages auprès des cantons montrent que la plupart d'entre eux ont mis à profit leur marge de manœuvre lors de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins. Les solutions trouvées par les cantons sont en général organisées de manière spécifique au canton et en conséquence difficiles à coordonner d'un canton à un autre. Il existe des disparités de financement qui rendent parfois les comparaisons entre cantons difficiles, à l'instar des aspects suivants présentant des différences manifestes.

1.5.1.1 Financement résiduel

Des différences entre les cantons existent notamment en matière de financement résiduel en cas de séjour dans un EMS hors canton. La grande majorité des cantons a adopté une réglementation sur le financement résiduel et prévu un cofinancement des coûts des soins par les pouvoirs publics. Dans la plupart des cas, le financement est versé directement aux fournisseurs de prestations. Le financement résiduel fait l'objet de trois variantes de prise en charge : par le canton, par les communes ou par le canton et les communes.

1.5.1.2 Participation des patients

Les réponses données par les départements de santé concernant le pourcentage de la participation de l'assuré ne sont pas toujours très claires et elles peuvent être interprétées de deux manières. On peut comprendre qu'il s'agit du pourcentage (10 ou 20 %) fixé en fonction du niveau des soins requis, ou alors du pourcentage du montant maximum de l'art. 7a OPAS (actuellement 15,95 francs pour les soins ambulatoires et 21,60 francs pour les soins en EMS) quel que soit le niveau de soins requis.⁷²

1.5.1.3 Soins aigus et transition

En matière de soins aigus et de transition, la loi prévoit que ces prestations sont fournies sur ordonnance médicale à la suite d'un séjour hospitalier pour une durée maximale de 14 jours, le financement étant réparti entre les cantons (55 % au moins) et les assureurs. Dans le rapport de l'OFSP du 13 août 2012, quelques cantons s'interrogeaient sur la pertinence de ces prestations, notamment en raison de la charge financière des assurés pour des prestations d'hôtellerie et d'assistance. On a également constaté dans le rapport du 3 octobre 2013, que peu de conventions ont été conclues entre les partenaires tarifaires. Dans le cadre des soins de longue durée, se pose alors la question de savoir si des patients requérant des soins de longue durée ont besoin après une hospitalisation d'aller dans des établissements particuliers pour des soins de transition, quand ils n'ont plus besoin de l'infrastructure d'un hôpital de soins aigus, mais ont besoin de soins plus intensifs que ceux offerts par un EMS.

1.5.2 Rapport du surveillant des prix

Dans son rapport du 9 septembre 2011, le Surveillant des prix a analysé la situation dans le domaine des EMS.⁷³ Il a fondé son analyse sur les tarifs de 88 EMS dans sept cantons suisses

⁷¹ Rapport du 26 avril 2011, du 13 août 2012 et du 3 octobre 2013 à l'attention de la CSSS-N ainsi que le Rapport du 28 juillet 2011 à l'attention de la CSSS-E ; disponible sous <http://www.parlament.ch/f/dokumentation/berichte/berichte-legislativkommissionen/kommission-fuer-soziale-sicherheit-und-gesundheit-sgk/Pages/default.aspx>.

⁷² Calcul: soins ambulatoires = montant maximal (selon art. 7, LAMal) 79.80 frs. x 0.2 (20%) = 15.95 fr., soins stationnaires = montant maximal (selon art. 7, LAMal) 108.00 frs. x 0.2 (20%) = 21.60 fr.

⁷³ <http://www.preisueberwacher.admin.ch/themen/00008/00012/index.html?lang=fr> voir aussi la Newsletter du 9

alémaniques. Il mettait en évidence des disparités entre les cantons qu'il considère comme étant contraires à la volonté du législateur, et constatait une hausse de la charge financière des résidents dans certains EMS.

Selon la conclusion du Surveillant des prix, il reste des efforts à fournir. Il préconise de définir les prestations de soins, d'indiquer de manière transparente les coûts des EMS, de maintenir la protection tarifaire, de couvrir les frais en cas de séjour dans un EMS hors du canton et d'harmoniser les systèmes pour l'évaluation des besoins en soins. Une partie de cette orientation fait également l'objet des interventions parlementaires suivantes actuellement en suspens.

1.5.3 Interventions en cours sur le thème du nouveau régime de financement des soins

Plusieurs interventions parlementaires en suspens relatives au nouveau régime de financement des soins ont été déposées dans le but d'écarter les problèmes de mise en œuvre existants. D'une part, leur approche consiste à proposer une solution aux questions relatives au financement, notamment celles concernant le financement résiduel en cas de séjour dans un EMS hors canton. D'autre part, la question de l'évaluation des besoins en matière de soins est thématifiée par des différences de systèmes destinés à l'évaluation⁷⁴ et leur harmonisation pour garantir une évaluation, une mesure et une comptabilisation équivalentes des dépenses de soins des personnes dépendantes résidant dans les EMS, et ce indépendamment des instruments utilisés.

1.5.3.1 Financement résiduel en cas de séjour dans un EMS situé en dehors du canton

Le postulat 12.4099 « Régler le financement résiduel en cas de séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile en s'inspirant de la LPC » du 11 décembre 2012 a été accepté par le Conseil des États le 20 février 2013. Le Conseil fédéral est chargé d'examiner, en collaboration avec les cantons, comment la question de la compétence en cas de séjour dans un établissement situé en dehors du canton de domicile pourrait être réglée rapidement dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en s'inspirant de la LPC.

Le postulat 12.4051 « Séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile. Financement résiduel » du 14 décembre 2012 a été adopté par le Conseil national le 20 février 2013. Le Conseil fédéral est chargé d'examiner, conjointement avec les cantons, comment le financement résiduel en cas de séjour dans un établissement situé en dehors du canton de domicile pourrait être réglé, afin de garantir le droit des personnes ayant besoin de soins de choisir librement le lieu où elles seront soignées.

Selon l'art. 25a, al. 5, LAMal, les cantons règlent le financement résiduel. Le 21 octobre 2015, le Conseil fédéral a soumis au Parlement un rapport en réponse aux postulats susmentionnés. Ce rapport met en évidence plusieurs possibilités de règles uniformes pour le financement résiduel cantonal. Il conclut que la décision d'opter pour une réglementation analogue à celle régissant les prestations complémentaires garantirait plus de clarté en ce qui concerne la mise en œuvre. Le Conseil fédéral a néanmoins renoncé à proposer une modification de loi, la question étant déjà traitée par le Parlement dans le cadre de l'initiative parlementaire 14.417 (cf. ch. 1.5.3.2 ci-après).⁷⁵

septembre 2011 disponible sous <http://blog.preisueberwacher.ch/post/2011/09/09/Newsletter-Pflegefinanzierung-Gaspreise-Marzilibahn-und-Aargauer-Notare.aspx>.

⁷⁴ En Suisse, les trois systèmes d'évaluation des besoins en matière de soins BESA, RAI/RUG et PLAISIR sont actuellement utilisés.

⁷⁵ <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=fr&msg-id=59157>.

1.5.3.2 Amendement du régime de financement des soins

Le 21 mars 2014, l'initiative parlementaire 14.417 « Amender le régime de financement des soins » a été déposée. Elle a pour but d'apporter des modifications à la LAMal de façon :

- à répartir les compétences en ce qui concerne le financement résiduel des prestations de soins fournies aux patients venant d'autres cantons dans les domaines hospitalier et ambulatoire ;
- à garantir la liberté de choix entre fournisseurs de prestations reconnus ;
- à distinguer mieux et plus clairement entre frais de soins et frais d'assistance.

La CSSS-E a donné suite à l'unanimité à l'initiative parlementaire « Amender le régime de financement des soins » avec sa décision du 4 juillet 2014. La commission indique dans son communiqué de presse qu'elle a été informée à plusieurs reprises déjà de la mise en œuvre partiellement insatisfaisante du nouveau régime de financement des soins au niveau des cantons et qu'elle considère comme nécessaire d'être elle-même active dans ce secteur. Suite à l'aval donné par son homologue du Conseil national le 15 octobre 2014, la CSSS-E a proposé une modification de la loi qui a été soumise à consultation du 9 septembre au 18 décembre 2015.⁷⁶ La CSSS-E y propose une réglementation uniforme pour tous les cantons : le canton dans lequel une personne est domiciliée avant son admission dans un EMS doit supporter les coûts résiduels de sa prise en charge même lorsque cette personne entre par la suite dans un EMS d'un autre canton. Avec cette solution, la commission s'oriente vers une réglementation conforme à la LPC. Le Conseil fédéral va prendre position sur les modifications législatives proposées d'ici à la mi-juin.

La révision partielle de la LPC mise en consultation par le Conseil fédéral le 25 novembre 2015 contient des mesures concrètes concernant le financement actuel des soins (et notamment la diminution du montant des franchises sur la fortune totale, dans l'optique d'une meilleure utilisation des fonds propres pour la prévoyance vieillesse) et devant servir à optimiser les dépenses fédérales et cantonales liées aux PC. Ces mesures sont destinées à maintenir le niveau des prestations, à améliorer l'utilisation des fonds propres pour la prévoyance vieillesse, à réduire les mauvaises incitations et à uniformiser l'exécution de la loi.

1.5.3.3 Évaluation homogène des besoins en soins

Une harmonisation de l'évaluation des besoins en soins est demandée par plusieurs interventions parlementaires. Le postulat 12.4053 « Harmoniser l'évaluation des besoins en soins » du 4 décembre 2012, adopté par le Conseil national le 20 février 2013, exige une harmonisation du système, les cantons et les homes pouvant continuer de choisir librement leur instrument d'évaluation, pour autant que celui-ci réponde à certains critères définis par la Confédération, les cantons et les partenaires tarifaires. La motion 13.4217, laquelle demande l'adoption d'une base légale dans la LAMal pour un système uniforme, a été classée entre-temps.

Les travaux ont conduit en septembre 2011 à des recommandations sur l'étalonnage de RAI/RUG et BESA. L'harmonisation des trois systèmes a cependant échoué, après que la CDS a décidé de ne pas participer aux travaux. L'OFSP examine des options quant à la suite à donner. La définition d'exigences minimales pour les systèmes est prioritaire. D'autres variantes sont toutefois envisageables. Dans sa réponse à l'interpellation 15.4224 « Pour un instrument national de saisie des soins requis au lieu d'un calibrage opaque » du 4 mars 2016, le Conseil fédéral se dit favorable à un classement des besoins en soins selon des critères comparables. Il exprime sa préférence pour une harmonisation du système actuel (en lieu et

⁷⁶ <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/pendent.html>.

place de l'introduction d'un système uniforme) et se déclare disposé à prendre des mesures en vue d'une harmonisation.

1.6 Stratégie des cantons

La fourniture de soins est fondamentalement du ressort des cantons. Sur mandat de l'OFSP, le bureau BASS a rédigé, début 2015, un rapport sur les stratégies des cantons dans le domaine des soins de longue durée. L'évaluation des documents de la stratégie des cantons et des communes concernées met en évidence la différence de développement très marquée des stratégies dans le domaine des soins de longue durée en fonction du canton et de la commune. Certains cantons disposent de rapports de planification détaillée sur la fourniture des soins pour les personnes âgées, d'autres se contentent, dans leurs documents de stratégie, des données relatives aux principes directeurs valables en général. Les 22 cantons qui ont des documents de stratégie dans le domaine des soins de longue durée et qui ne délèguent pas intégralement les stratégies aux communes sont dotés, selon leurs propres données, d'objectifs stratégiques dans le domaine de l'infrastructure des EMS.

20 des 22 cantons ayant des objectifs stratégiques dans le secteur des infrastructures des homes les ont définis de manière quantitative, 16 ont défini des stratégies en personnel pour les EMS et 14 pour les organisations prodiguant des soins à domicile, 10 disposent d'objectifs concernant le personnel des établissements de jour et de nuit, et 4 indiquent qu'ils ont défini des objectifs stratégiques pour les offres en ambulatoire en dehors des soins à domicile. Enfin, 12 des 16 cantons ont également défini des mesures selon des données propres en relation avec les objectifs en personnel fixés dans le secteur des EMS. Par rapport aux domaines infrastructure et personnel, le nombre de cantons indiquant à propos du financement, qu'ils disposent des documents stratégiques correspondant est un peu moindre, même s'ils sont encore majoritaires. Toutefois, la ville de Zurich est la seule à formuler dans ses documents une stratégie dans le secteur du financement des soins de longue durée. À la suite du nouveau régime de financement des soins mis en place au niveau de la Confédération, la ville a intégré une charge supplémentaire de 60 à 70 millions de francs par an à compter de 2014.

Préalablement au lancement de la Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017, le secrétariat central de la CDS a procédé à un état des lieux, dans les cantons, des offres de prise en charge des pathologies de la démence.⁷⁷ La mesure à prendre notamment pour le financement a été identifiée du côté des cantons. Il manque en outre du personnel bien qualifié. Le développement de la formation est donc également une priorité du point de vue des cantons.

1.7 Conclusion

La fourniture des soins est fondamentalement du ressort des cantons, qui sont responsables de la planification et de la mise à disposition des infrastructures. Certains cantons délèguent cette tâche ou une partie de celle-ci aux communes. Les stratégies des cantons en matière de soins de longue durée sont très diversement développées et vont de planifications détaillées à des consignes formulées en des termes généraux.

La notion d'« infrastructures » comprend traditionnellement les EMS et les services de soins et d'aide à domicile. Le développement d'offres de soins modernes est au demeurant l'un des objectifs de la stratégie de politique sanitaire « Santé2020 » approuvée début 2013 par le Conseil fédéral.

⁷⁷ CDS (2013): http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Strategie_BundKantone/Demenz/BT_Demenzversorgung_f_2013.11.21.pdf.

L'initiative FKI de la Confédération doit contrer la menace de pénurie de personnel qualifié en Suisse. La demande en personnel qualifié doit être couverte jusqu'en 2020 en faisant davantage appel à la population suisse. Les effets négatifs sur le marché du travail peuvent être atténués par des mesures de la FKI si l'on parvient à donner la possibilité aux personnes qui soignent des proches, de concilier les soins et une activité lucrative (à temps partiel), de manière à ce qu'ils ne doivent pas renoncer à leur activité lucrative. Une partie au moins du potentiel menacé et de la productivité peut ainsi être préservée. Il est difficile d'estimer aujourd'hui dans quelle mesure les mesures de la FKI dans le domaine des soins de longue durée peuvent contribuer à améliorer la situation du personnel soignant.

Avec le Masterplan « Formation aux professions des soins », la Confédération, les cantons ainsi que OdASanté ont créé le socle permettant la mise en œuvre des mesures nécessaires aux formations de soins. Les mesures axées sur la formation ne suffiront cependant pas, à elles seules, à combler la pénurie de personnel qualifié dans les soins. Pour que le nombre de diplômés de formation réponde au besoin de sorte à réduire à l'avenir la dépendance vis-à-vis du personnel qualifié étranger, des efforts supplémentaires sont nécessaires au niveau de la Confédération, des cantons et des organisations du monde du travail.

La question du financement a été traitée avec le nouveau régime de financement des soins. Plusieurs interventions parlementaires ont été déposées afin de résoudre les problèmes existants, en particulier dans les domaines du financement résiduel cantonal, de l'évaluation des soins ainsi que de la transparence et de la comparaison entre les prestations. L'évaluation du nouveau régime de financement des soins a été lancée cette année. Outre l'aperçu de la mise en œuvre, l'évaluation doit montrer si et dans quelle mesure les objectifs de la réforme ont été atteints ; elle doit également montrer les effets provoqués par le nouveau régime de financement des soins, en particulier sur le plan de la politique sociale et financière. Les résultats sont attendus pour fin 2017.

2 Contexte international

2.1 Etude «Help Wanted» de l'OCDE⁷⁸

Dans l'étude « Help Wanted » publiée en 2011, l'OCDE aborde de manière générale les différents aspects des soins de longue durée. Il ressort de cette étude fondée sur le développement démographique prévisible et sur l'augmentation de la demande qui s'y rapporte en matière de soins, que la part du produit intérieur brut consacré à soigner les personnes âgées va doubler voire tripler dans de nombreux pays entre 2011 et 2050. En s'appuyant sur un questionnaire concernant 29 pays, complété par les représentations nationales et sur les données disponibles auprès de l'OCDE ainsi que sur les études à long terme des différents pays, les auteurs analysent comment l'offre et la demande de soins va évoluer dans les prochaines décennies, quels vont être les coûts supportés par la société et de quelle manière les soins peuvent être structurés efficacement. L'étude met l'accent en général sur les différents aspects des soins et montre les approches et les stratégies, grâce auxquelles les pays feront face aux enjeux actuels et à venir.

Les auteurs confirment que de nombreux pays ont mis en œuvre des changements ponctuels plutôt que des réformes durables. Ils recommandent notamment d'améliorer les conditions pour les proches aidants en ce qu'ils supportent la charge principale en matière de soins et que, dans la majorité des cas, ils aident à titre gracieux. Il n'est pas souhaitable, les proches aidants étant des femmes pour les deux tiers, de les inviter par le biais d'incitations financières à rester à l'écart du monde du travail. Les états membres de l'OCDE doivent en faire davantage pour permettre aux proches aidants de concilier les soins avec leur travail. Dans les cas

⁷⁸ Colombo, Francesca et al. (2011): Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD. <http://dx.org.10.1787/9789264097759-en>.

d'importants besoins en soins, ils doivent pouvoir se rapprocher d'un réseau professionnel de services ambulatoires et d'EMS.

L'OCDE a recommandé que tous les pays établissent un droit général aux prestations de soins. Elle ne se prononce pas en faveur d'un modèle de financement en particulier. Si, dans les pays d'Europe du Nord, les soins sont fréquemment financés par les impôts, il existe des pays avec des assurances maladies spécifiques. Les assurances privées peuvent jouer un rôle, mais elles restent un modèle minoritaire quand elles n'ont pas un caractère contraignant.

Les assurances des soins indépendantes mises en place dans différents pays se distinguent en termes de droits, d'obligations de cotisations, d'étendue des prestations et de financement. Les exemples se trouvent dans l'étude rédigée sur mandat de la fondation Age « Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz ». ⁷⁹

2.2 Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé⁸⁰

Le 21 mai 2010, les États Membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont adopté le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé. Ce code constitue la réponse des gouvernements au constat qu'une pénurie mondiale en personnel de santé affecte particulièrement les pays en développement et que ce problème tend à être aggravé par l'émigration du personnel de ces pays. Le code vise ainsi à fournir des principes éthiques applicables au recrutement international des personnels de santé, de façon à tenir compte des droits et obligations des pays d'origine, des pays de destinations et des personnels de santé migrants. Les principales recommandations concernent le recrutement international éthique, l'équivalence de traitement des personnels de santé immigrés et indigènes, la formation et le maintien des effectifs existants dans le but d'employer le moins de personnel de santé étranger possible et la promotion de la collaboration internationale entre les pays d'origine et les pays d'accueil.

Bien que le code soit un instrument non contraignant, il comporte des dispositifs visant à encourager sa mise en œuvre. Depuis 2012, il est ainsi prévu que les États Membres remettent, sur une base volontaire, tous les trois ans, un rapport d'activité au Secrétariat de l'OMS. Celui-ci doit faire état des lois et réglementations en matière de recrutement et de migrations des personnels de santé ainsi que des mesures prises afin de mettre en œuvre le code. Il doit également comporter des données statistiques.

Dans le cadre de la politique extérieure de la Suisse en matière de santé, l'OFSP coordonne depuis 2008 un groupe de travail interdépartemental qui examine les recommandations du code dans le contexte suisse et a fait réaliser trois études portant sur les domaines suivants : la documentation statistique, les pratiques de recrutement et les pratiques de coopération.⁸¹ Compte tenu de l'importance des enjeux qui se posent concernant l'immigration par rapport aux ressources en personnel dans le secteur de la santé, le groupe de travail interdépartemental a adopté le 30 avril 2012 la proposition d'exercer ses activités à l'avenir sous la direction du comité interdépartemental pour la collaboration en matière de migration internationale (« Ausschuss für Internationale Migrationszusammenarbeit » [IMZ-Ausschuss]).

⁷⁹ Jäggi Jolanda, Künzi Kilian (2015): Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz, Bern. http://buerobass.ch/pdf/2015/AgeStiftung_2015_SystemvergleichPflege.pdf.

⁸⁰ <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11513/11607/index.html?lang=fr>.

⁸¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11287/11326/11330/index.html?lang=fr>.

Partie III Enjeux et mesures à prendre

1 Enjeux

L'état des lieux permet d'évaluer les enjeux liés à l'évolution démographique qui devront être gérés à moyen et long terme. Il s'agira en premier lieu :

- de diminuer autant que possible la demande de prestations en soins de longue durée ;
- d'adapter les infrastructures aux besoins en pleine mutation ;
- de recruter suffisamment de personnel soignant et d'optimiser le skill-mix et le grade-mix par l'utilisation des compétences différenciées du personnel infirmier ;
- de s'interroger sur le financement.

Les cantons jouent un rôle clé en ce qui concerne l'ensemble de ces éléments. Ils sont compétents pour garantir la couverture des soins et supportent une part significative des coûts pour les soins de longue durée.

1.1 Enjeux en matière de politique sanitaire

Le système de santé suisse est conçu selon le principe du fédéralisme. La Confédération, les cantons et les communes se répartissent sur les trois niveaux les tâches afférentes à la santé et à la politique en la matière. En règle générale, le principe de subsidiarité s'applique entre la Confédération et les cantons, lesquels doivent se concerter afin que le système de santé fonctionne à tous les niveaux. En outre, de nouveaux défis qui concernent aussi bien la Confédération que les cantons se posent régulièrement. Le Dialogue PNS est la plate-forme permanente qui leur permet de débattre périodiquement des enjeux actuels et de thèmes particuliers relevant du domaine de la santé suisse et de coordonner leur action.

Dans son avis sur différentes interventions parlementaires, le Conseil fédéral a indiqué que les cantons se chargeaient de garantir les capacités d'accueil et les structures appropriées pour les personnes âgées et les malades chroniques et que la Confédération ne disposait à plusieurs égards que de compétences limitées dans ce domaine. Ainsi, dans son avis du 11 mars 2011, il a rejeté la mise en œuvre d'un programme demandé dans la motion 10.4090 « Programme national d'impulsion en faveur des structures intermédiaires pour personnes âgées » du 16 décembre 2010 ; il s'est toutefois déclaré disposé à aborder la question des structures intermédiaires entre soins aigus et soins de longue durée dans le cadre du Dialogue PNS. Dans un autre avis du 12 septembre 2014 concernant la motion 14.3639 « Améliorer les services d'aide et de soins à domicile » du 26 juin 2014, le Conseil fédéral a fait remarquer que l'approvisionnement en soins relève de la compétence des cantons. Dans le cadre du droit en vigueur, la Confédération et les cantons ont institué le Dialogue PNS afin d'améliorer ponctuellement la coordination nationale pour la répartition des tâches dans le système de santé.

Fin août 2014, la Confédération et les cantons ont abordé pour la première fois, dans le cadre du Dialogue PNS, les enjeux dans le domaine des soins de longue durée. En mai 2015, ils ont opté pour un ensemble de mesures qui seront supportées par leurs soins, ces mesures sont présentées dans la partie III, chap. 1.6, du présent rapport. L'ensemble des mesures sera discuté dans le cadre de la séance du dialogue de la politique nationale de la santé en juin 2016 entre la Confédération et les cantons.

1.1.1 Soins coordonnés

La promotion d'une offre de soins moderne est l'un des objectifs prioritaires de la stratégie de politique sanitaire « Santé2020 », définie en janvier 2013 par le Conseil fédéral.⁸² Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique. Pour ce faire, il faut mettre sur pied une recherche sur la fourniture des soins. Il faut aussi exploiter les opportunités que représentent le progrès médical et minimiser les risques au minimum. Enfin, il s'agit d'appuyer la promotion de modèles de soins coordonnés dans tous les domaines : des traitements aigus aux soins palliatifs en passant par les soins de longue durée.

Dans le secteur de la santé, on voit se dessiner une tendance à la coordination des soins. Cette tendance est également visible dans les soins et l'assistance aux personnes âgées. Dans le domaine des soins de longue durée, les soins intégrés représentent un défi particulier dans la mesure où une partie considérable des patients souffre de plusieurs pathologies. Si, pour des maladies définies sans multimorbidité, les chaînes de traitement sont appropriées pour assurer la coordination dans le cadre d'un traitement, il n'existe pas de critères standardisés ni de recommandations pour la multimorbidité. La gestion de cas et la coordination des prestations sont également nécessaires, mais doivent s'appuyer sur les besoins et les priorités au cas par cas.

Pour obtenir les informations concernant le nombre et le type de modes de collaboration, la fondation Age-Stiftung et Curaviva Suisse, en coopération avec l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, ont commandé une étude destinée à définir des solutions coordonnées et leurs dénominations. Les résultats de l'étude, réalisée par l'Institut d'économie de la santé de Winterthour (WIG), de la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), montrent qu'aucune uniformité ne s'est développée à ce jour, que ce soit au niveau des notions terminologiques ou des structures.⁸³ Ainsi, la notion de « solution coordonnée » n'est pas définie comme une norme décrivant la forme de collaboration entre les organisations interrogées, pas plus qu'il ne se dégage une compréhension consensuelle autour de la notion mais plutôt une variété terminologique voire une confusion des termes. Concernant la structuration des solutions coordonnées dans le domaine des soins et de l'assistance, on peut également constater le manque total d'homogénéité concernant les prestations et les spécialisations proposées, le type de coopération, les formes juridiques et organisationnelles, de communication, etc. Toutefois, ce constat n'est pas véritablement surprenant car, d'une part, une homogénéisation n'est pas souhaitée et, d'autre part, les développements sont encore récents et dynamiques et, de fait, aucune tendance ne se dessine encore de façon univoque.

Néanmoins, selon les auteurs, une collaboration renforcée ainsi qu'une intégration à moyen et à long terme sont inévitables. Toutes les organisations dans le secteur de la santé sont soumises à une pression financière toujours plus importante et devraient donc optimiser leurs processus et orienter leur positionnement stratégique en fonction des exigences du marché. On prévoit, en marge de l'intégration verticale (par ex. soins ambulatoires avec EMS), une intégration horizontale plus prononcée, en d'autres termes, un regroupement des organisations intervenant dans le même éventail de prestations.

Indépendamment des formes concrètes de collaboration, les solutions coordonnées laissent apparaître un potentiel colossal pour les organisations impliquées. Il s'avérera très difficile pour

⁸² www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr.

⁸³ Imhof, Daniel, De Boni, Sylvia, Auerbach, Holger (2010): Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich, Institut d'économie de la santé de Winterthour. http://www.agesitung.ch/fileadmin/user_upload/PDF/Abschlussbericht_Verbundloesungen.pdf.

une seule organisation de fournir l'éventail d'offres attendu par le marché. Il convient d'envisager, dans de nombreux domaines des soins médicaux et infirmiers, une extension de l'offre tout en tenant compte de la spécialisation. En outre, une intégration des offres permettrait également d'inclure cette extension à moyen et long terme ainsi que de le mettre à disposition par un seul prestataire. Cette évolution n'est pas uniquement judicieuse pour les « petites » organisations. La tendance est confirmée par le haut niveau de professionnalisation des centres examinés dans le cadre de l'étude. Leur communication, processus, etc., par exemple, sont très sophistiqués dans leur organisation. Des solutions coordonnées dans le domaine des soins et de l'assistance, par ex. des soins intégrés dans la fourniture de prestations médicales, vont continuer à s'implanter sur le marché d'après l'estimation des auteurs, dans la mesure où les demandeurs et les unités d'imputation l'exigent et qu'elles augmentent également le niveau de qualité des prestations et peuvent être structurées de façon moderne.⁸⁴

1.1.2 Evolution des besoins et exigences

Les scénarios d'évolution démographique de l'OFS prévoient pour la Suisse que la population des plus de 80 ans va continuer de s'accroître ces prochaines décennies. Les cantons doivent, en conséquence, se préoccuper de plus en plus du nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée. Il leur est également nécessaire d'étudier si et, le cas échéant, où de nouveaux EMS devront être planifiés et dans quelle mesure le besoins croissant en soins pourrait être couvert par le biais de structures ambulatoires.⁸⁵ Toutefois, l'évolution de la société n'implique pas seulement un accroissement de la quantité, mais pose aussi de nouvelles exigences en matière de qualité des soins et de prise en charge des personnes âgées.

L'association senesuisse et le *Gottlieb Duttweiler Institute* (GDI) ont rédigé conjointement une étude sur ce thème,⁸⁶ qui montre les possibilités de développement futur de l'habitat et des soins pour les personnes âgées. Partant de deux thèses sur chacun des aspects de « l'âge », de « l'habitat » et « des soins », l'étude présente des solutions innovantes pour ces différents aspects. Les exemples montrent les projets déjà mis en œuvre. Les auteurs en arrivent à la conclusion que le potentiel d'une société de la longévité est constitué de nombreux éléments indépendants et n'est pleinement exploité que si l'on parvient à :

- éliminer le découpage figé en phases de vie et à adapter de manière flexible l'organisation de notre vie professionnelle aux nouveaux besoins induits par la longévité ;
- organiser de nouveaux logements et à créer des prestations modulaires, entraînant l'obsolescence de la question « à domicile ou en EMS » ;
- constituer des plates-formes ouvertes sur lesquelles les différents prestataires locaux et internationaux peuvent offrir des prestations d'aide et de soins ;
- utiliser des innovations techniques et Care-Tech pour décharger le système de soins en maintenant, chez les personnes âgées, l'autonomie et le contrôle de leur propre vie ;

⁸⁴ Imhof, Daniel, De Boni, Sylvia, Auerbach, Holger (2010): Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich, Institut d'économie de la santé de Winterthour p. 55.

⁸⁵ Bayer-Oglesby Lucy, Höpflinger, François (2010): Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Obsan Rapport 47, <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdaten-bank.html?publicationID=4122>.

⁸⁶ Frick, Karin, Froböse, Frerk, Gürtler, Detlef (2013): Die Gesellschaft des langen Lebens. Senesuisse, Berne, et Gottlieb Duttweiler Institute, Zurich/Rüschlikon. http://www.senesuisse.ch/images/dienstleistungen/Studie%20GDI%202013_DEF%20verringert.pdf.

- contribuer, grâce aux années gagnées et au bonheur de chacun, à apporter une solution permettant de résoudre les défis de la société.⁸⁷

1.2 Veiller à disposer de professionnels de la santé qualifiés et en nombre suffisant

L'un des grands défis dans le domaine des soins sera d'assurer l'adéquation entre le nombre de professionnels de la santé et les besoins au sein du système de santé. De ce fait, il s'agit également de l'un des objectifs figurant parmi les priorités du Conseil fédéral en matière de politique sanitaire (Santé2020) présenté dès 2009 dans le rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé et dans le rapport Formation aux professions des soins 2010.

Le nouvel article constitutionnel relatif à la médecine de premier recours donne à la Confédération les compétences nécessaires pour définir d'un point de vue qualitatif la formation et la formation postgrade des professionnels de la médecine de premier recours ainsi que l'exercice de la profession. La synergie dans la médecine de premier recours a été inscrite dans la loi, dans le cadre de la révision de la loi sur les professions médicales (LPMéd) du 20 mars 2015, comme un objectif de la formation universitaire et de la formation postgrade. La notion de médecine de premier recours s'appuie sur une collaboration optimale des professionnels de la santé dans le domaine ambulatoire comme dans le domaine stationnaire. La médecine de famille doit justement être renforcée dans le domaine ambulatoire. En d'autres termes, les médecins de famille doivent faire progresser la mise en réseau et la coordination entre professionnels de la santé et soutenir la mise en place de nouveaux modèles de soins.

En outre, le thème a de nouveau gagné en importance, à la lumière de l'acceptation, le 9 février 2014, de l'initiative populaire « Contre l'immigration de masse ». La mise en œuvre du nouvel art. 121a, Cst., prévoit diverses mesures d'accompagnement. Les mesures axées sur le marché du travail, prises par le DEFR, en particulier l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié (FKI), jouent dans ce contexte un rôle considérable, cette dernière ayant pour but de mieux utiliser le potentiel national de personnel et de modérer la raréfaction du personnel qualifié qui va de pair avec un contingentement. C'est précisément dans le domaine de la santé, où un grand nombre de femmes sont actives, que les questions cruciales relatives à une meilleure conciliation de la vie professionnelle et familiale, aux nouvelles structures de jour et d'accueil pour les enfants et permettant une augmentation des postes actuels à temps partiel se posent. Ces mesures ont également déjà été évoquées dans le rapport national sur les besoins de la CDS et de l'OdASanté.

1.2.1 Poursuite des travaux à partir de 2016

L'Obsan va réaliser, en automne 2016, un nouveau rapport sur les effectifs du personnel et les prévisions sur les besoins supplémentaires pour les professions de la santé non universitaires. Fort de ce constat, la CDS et l'OdaSanté vont mettre à jour le Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé. L'OFSP participe à ce dernier en tant que co-éditeur.⁸⁸ En fonction des résultats de ce rapport, le DEFR et le DFI examinent les possibilités pour :

⁸⁷ Frick, Karin, Froböse, Frerk, Gürtler, Detlef (2013): Die Gesellschaft des langen Lebens. Senesuisse, Berne, et Gottlieb Duttweiler Institute, Zurich/Rüschlikon. p. 64.

⁸⁸ L'étude « Nurses at Work » promet des informations supplémentaires sur l'évolution du parcours professionnel du personnel soignant formé au degré tertiaire sur le long terme. Cette enquête permettra également de tirer des conclusions sur les facteurs qui favorisent ou qui freinent le maintien du personnel soignant dans la profession. Les résultats de cette étude sont disponibles depuis fin 2015.

- l'accroissement de la durée d'exercice des professions des soins
- la facilitation du recrutement tardif
- la facilitation du retour en emploi dans le domaine des soins
- l'augmentation du nombre de diplômes au niveau tertiaire

Le nouvel article de la Constitution relatif à la médecine de premier recours (art. 117a, Cst.) aura, dans sa mise en œuvre, une influence accrue sur l'évolution future des métiers de la santé. Il met en particulier l'accent sur la collaboration et les soins coordonnés entre professionnels, ce qui soulève des questions sur l'interprofessionnalité dans la formation de base et postgrade.

Le rapport publié en 2013 relatif à une enquête réalisée auprès du personnel soignant des établissements médico-sociaux de Suisse (*Swiss Nursing Homes Human Resources Project SHURP*)⁸⁹ repose sur l'enquête représentative la plus importante réalisée auprès du personnel de ces établissements. Il montre clairement que ces établissements ont plus de difficultés à recruter du personnel. Cette réalité semble d'autant plus problématique qu'un employé sur trois quittera ses fonctions dans les quinze années suivant le début de sa vie active et qu'un pourcentage assez élevé d'infirmiers ont suivi leur formation professionnelle à l'étranger. En outre, bien qu'il soit relativement satisfait de ses conditions de travail au sein de ces institutions, un soignant sur huit envisage toujours d'abandonner le métier. Sont principalement pointées du doigt les difficultés professionnelles liées au nombre croissant de patients atteints de démence et qui exigent des compétences nouvelles et spécifiques de la part du personnel soignant, ainsi que la pénibilité déjà éprouvée au niveau physique et psychique qui s'en trouve accrue.

Parallèlement au personnel soignant formé de façon différenciée, il semble important, pour l'avenir des soins de longue durée, que suffisamment de professionnels de la santé ayant suivi une formation spécifique soient à disposition. Pour les professions médicales universitaires, cela concerne les médecins, mais aussi les dentistes, les chiropraticiens ainsi que les pharmaciens. S'il est évident que les médecins spécialistes ayant accompli une formation approfondie en gériatrie (formation postgraduée) bénéficient de vastes connaissances en gériatrie, la question se pose de savoir si les médecins spécialistes en médecine interne générale doivent acquérir de telles connaissances. La médecine dentaire et la médecine dentaire gériatrique doivent également se préparer à répondre aux défis qui se posent dans les traitements médicaux et médicamenteux chez des patients atteints de maladies chroniques et d'affections multiples. S'agissant des professions de la santé au niveau des hautes écoles, la physiothérapie, l'érgothérapie, la nutrition et la diététique sont sollicités.

1.2.2 Adaptation des conditions cadres aux besoins du personnel infirmier

En plus des mesures décrites ci-dessus en matière de soins en général, il est nécessaire de considérer les points suivants pour améliorer les soins de longue durée :

- Comment, en tant que lieu de formation et de travail, les institutions destinées aux personnes âgées et soins de longue durée peuvent devenir plus attractives
- Comment permettre au personnel de ces institutions d'évoluer dans ce domaine spécifique via des formations et des formations postgrades

⁸⁹ http://nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx_x4euniprojectsgeneral_pi1%5BshowUid%5D=188.

- Comment promouvoir l'examen professionnel supérieur de soins de longue durée et les autres examens professionnels supérieurs dans le domaine des soins palliatifs et de l'oncologie ainsi que des soins gériatriques et gérontopsychiatriques sans spécialité.
- Comment exploiter la différenciation des soins dans les institutions, résultant de la systématique de formation, via une utilisation optimale du personnel soignant possédant des qualifications et expériences différentes (skill-mix et grade-mix).
- Comment entrevoir des pistes de carrière et d'évolution professionnelle correspondantes.
- Comment, dans chaque entreprise et dans le cadre de la médecine de premier recours, développer de nouveaux concepts de maintien et d'acquisition de personnel en encourageant les échanges avec les partenaires des secteurs ambulatoires et stationnaires.

À l'avenir, les soins de longue durée s'inscriront de plus en plus dans les soins ambulatoires pour la médecine de premier recours : en effet, il semble que bon nombre de patients dépendants puissent bénéficier de soins à domicile grâce à l'amélioration de ces soins et de l'assistance ambulatoire. La plupart des patients souhaitent d'ailleurs profiter de ce confort le plus longtemps possible. En outre, beaucoup de patients âgés alterneront, suivant l'évolution de leurs pathologies, entre soins stationnaires, semi-stationnaires et ambulatoires. C'est ici qu'interviennent les services d'aide et de soins à domicile. Ce partenaire joue un rôle essentiel d'intermédiaire dans les soins ambulatoires. En collaboration avec les médecins, les soins au patient sont généralement prodigués en étroite collaboration avec la famille et d'autres personnes chargées de son encadrement. À l'avenir, les services d'aide et de soins à domicile devront également trouver comment gérer l'augmentation du nombre de patients malades chroniques souffrant de plusieurs pathologies. Ils seront quotidiennement confrontés à la démence et aux maladies psychiques, dans une société multiculturelle constituée entre autres de patients issus de la migration. Ainsi, ces services doivent eux aussi, à la lumière de ces difficultés, ouvrir plus largement le débat sur l'utilisation optimale du personnel soignant possédant des qualifications et expériences différentes. La garantie de disposer d'un personnel suffisant constituera également le principal défi des soins à domicile.

1.3 Efforts à fournir en matière de soins

Les cantons et les communes sont confrontés au défi d'adapter les structures existantes de soins de longue durée aux besoins en pleine mutation des personnes dépendantes. L'individualisme croissant qui caractérise le mode de vie d'aujourd'hui, les structures familiales qui changent ainsi que l'augmentation de la proportion de personnes âgées issues de la population migrante impliquent de nouvelles offres pour l'assistance et les soins aux personnes âgées. Il convient de développer plus avant les offres existantes, en fonction des particularités locales. Cet aspect concerne aussi bien les offres permettant de décharger les proches aidants (cliniques et foyers de jour, cliniques de nuit, accueil pendant les vacances) que celles des soins de longue durée en établissements ainsi que des soins et d'aide à domicile par des professionnels. Les prestataires (EMS, services d'aide et de soins à domicile, etc.) sont, eux aussi, sollicités en marge des cantons et des communes.

De nombreux changements interviennent actuellement dans les soins de longue durée des personnes âgées. Les personnes âgées qui entrent en EMS représentent une proportion plus faible et sont généralement plus âgées et ont davantage besoin de soins qu'autrefois. Les cas sont plus complexes (augmentation des cas de multimorbidité et de démence) et exigent de nouvelles compétences du personnel soignant. Parallèlement, on assiste à une hausse de la demande d'autres formes de prise en charge. La proportion des plus de 65 ans sollicitant des prestations d'aide et de soins à domicile a augmenté. Les soins et l'assistance aux personnes âgées ne sont plus le fait exclusif des proches à domicile, des services de soins et d'aide à

domicile ou des EMS. Ils sont de plus en plus complétés par des offres ou des structures dites « intermédiaires » telles que p. ex. des unités de soins de jour ou des brefs séjours en EMS. Le « but » de ces structures intermédiaires est généralement de permettre à la personne dépendante de rester chez elle et de repousser son entrée en EMS.

L'offre globale de soins s'est diversifiée. Les patients ont aujourd'hui davantage de possibilités de trouver une offre de soins adaptée à leur situation. L'Obsan part de l'hypothèse que cette tendance se poursuivra dans les années à venir et que les formes de structures intermédiaires vont se multiplier.⁹⁰ Dans le cadre d'une nouvelle étude⁹¹, l'Obsan donne un premier aperçu quantitatif de ces structures intermédiaires pour les personnes âgées, domaine dans lequel les données statistiques sont encore rares. La promotion des structures intermédiaires a également été exigée lors d'interventions parlementaires telles que la motion 10.4090 « Programme national d'impulsion en faveur des structures intermédiaires pour personnes âgées » du 16 décembre 2010, mais celles-ci sont restées sans suite politique.

Le modèle de prise en charge des personnes âgées 24 heures sur 24 chez des particuliers est également de plus en plus prisé. Ce travail est souvent effectué par des migrantes et des ressortissantes de pays de l'UE. Les conditions de travail de ces migrantes pendulaires sont parfois extrêmement précaires (horaires de travail longs et discontinus, bas salaire et absence de possibilités de formation continue). Le Conseil fédéral a approuvé fin avril 2015 le rapport rédigé en réponse au postulat 12.3266 « Soins aux personnes âgées. Encadrer la migration pendulaire ». Ce rapport constate notamment que les temps de travail et de repos de ces travailleuses ne sont pas réglementés par la loi et qu'il faut agir pour leur garantir une protection appropriée. Différentes solutions y sont présentées et une étude a été mandatée dans le but d'évaluer les coûts qu'entraînerait une réglementation en lien avec ces solutions (pour les personnes concernées, les services sociaux et le système de santé), ceci dans le but de soumettre une proposition concrète au Conseil fédéral d'ici la fin de 2016.

Le thème du vieillissement, du logement et des soins est, par ailleurs, traité en particulier dans l'étude « La société de longue vie » réalisée sur mandat de l'Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées (senesuisse).⁹² Le thème de l'encouragement de solutions « Ambient Assisted Living » (vie autonome grâce à des techniques ou systèmes d'assistance innovants) et du suivi à distance n'a plus guère été abordé. Il relève en partie du domaine de l'eHealth (cybersanté), comme l'a constaté le Conseil fédéral dans son avis sur le postulat 09.3505 « Suivi à distance dans le domaine des soins » du 5 juin 2009, et doit donc être traité dans ce contexte.

Renforcer la qualité et l'efficacité des soins des personnes âgées implique non seulement la mise à disposition de structures adaptées à leurs besoins, mais aussi des mesures visant à améliorer le système de santé. Quatre champs d'action se présentent dans le domaine des soins de longue durée⁹³ :

⁹⁰ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2015) : Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013. Rapport Obsan 67. p. 9.

⁹¹ Werner, Sarah, Kraft, Eliane, Mohagheghi, Ramin, Meuli, Nora, Egli, Florian (2016): Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Obsan Dossier 52 (en allemand).

⁹² Frick, Karin, Froböse, Frerk, Gürtler, Dettlef (2013): « Die Gesellschaft des langen Lebens », *ibid.*

⁹³ Ces quatre champs d'action ressortent des résultats du rapport « Politique cantonale Vieillesse et Santé » du 12 janvier 2012, réalisé sur mandat du canton de Vaud, ainsi que des recommandations pour la mise en place d'une stratégie pour les séniors dans la province canadienne de l'Ontario par le D' Samir K. Sinah (2013): « Living Longer, Living Well. Highlights and Key Recommendations. From the Report Submitted to the Minister of Health and Long-Term Care and Minister Responsible for Seniors on recommendation to inform a Seniors Strategy in Ontario ».

- *Promouvoir la coordination des soins afin d'assurer une meilleure prise en charge sur place.*

Une coordination renforcée au sein du système de soins augmente les chances de fournir la bonne prestation de soins au bon endroit et au bon moment. Les personnes âgées peuvent ainsi vieillir mieux et rester plus longtemps à domicile. Les offres de services de soins et d'aide à domicile ou de centres gériatriques, par exemple, doivent par conséquent être encouragées.

- *Adapter les hôpitaux à la prise en charge de patients âgés.*

L'instauration de processus spécialement adaptés aux besoins des patients âgés permettrait, par exemple, de réduire leur durée d'hospitalisation ou les coûts de leurs soins hospitaliers.

- *Renforcer les compétences en gériatrie du personnel infirmier.*

Un renforcement des compétences en gériatrie et une meilleure reconnaissance des professions infirmières peuvent améliorer la qualité des soins et l'attrait du métier.

- *Etablir un monitoring pour la surveillance et le pilotage des soins.*

Le relevé, la mise à disposition et l'échange de données et d'informations au sein du système de santé en place ainsi que l'évaluation des mesures nouvellement instaurées permettent de mieux contrôler l'efficacité des soins et de mieux les adapter aux besoins.

1.4 Effort à fournir dans le domaine de la prévention

Dans la vue d'ensemble « Santé 2020 » du 23 janvier 2013, le Conseil fédéral s'est exprimé sur les enjeux auxquels le système de santé suisse sera confronté dans les années à venir. Il a déclaré que l'évolution démographique, les avancées techniques de la médecine et les changements de comportement sanitaire ont pour effet une augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles et donc, une augmentation du nombre de patients qui font appel au système de santé. Or un dépistage précoce permettrait d'éviter une très grande partie de ces cas de maladies chroniques, ce qui permettrait, d'éviter des souffrances mais aussi de réduire les coûts correspondants pour le système de santé, pour l'économie (car moins d'absentéisme) et pour d'autres assurances sociales comme l'assurance-invalidité. Il s'agit donc de mettre en œuvre des mesures efficaces et efficaces de prévention, de dépistage précoce et de promotion de la santé.

Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies afin - c'est l'objectif du Conseil fédéral - de prévenir autant que possible les cas de maladie ou d'atténuer leurs effets. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme ou à la consommation de drogues, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante. Il s'agit également d'ouvrir de nouvelles voies en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. L'espérance de vie, qui s'accroît en raison de l'amélioration des conditions de vie et des soins médicaux, peut aller de pair avec le handicap et la perte d'autonomie, avec ou sans augmentation de la durée de vie. Les ressources financières et personnelles qui doivent être mises à disposition pour la fourniture des prestations de soins dépendent directement de la « charge » que représente le handicap, notamment dans la population (très) âgée. Aujourd'hui, on ignore si la somme des efforts consentis en matière de prévention au niveau de la population s'accompagnera d'une stabilisation

voire d'un recul des années de vie avec un handicap. La grande inconnue reste ici les maladies de démences : le risque de développer une telle maladie augmente fortement avec l'âge ; en conséquence, le nombre de personnes atteintes de démence augmente de manière disproportionnée avec l'espérance de vie. Les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires tels que le tabagisme, la surconsommation chronique d'alcool, l'inactivité physique, l'obésité, la tension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète valent également comme facteurs de risque pour la démence, mais on ignore encore si, et dans quelle mesure, le risque de développer ces maladies est effectivement réduit par des mesures préventives. En outre, il n'existe pour l'heure aucune approche efficace pour le traitement de la démence - celles dont on dispose ne font que retarder l'évolution de la maladie - et il ne faut pas s'attendre ici à un changement à court et à moyen terme.

Les mesures citées qui déploient leurs effets notamment dans la prévention des maladies cardio-vasculaires et du diabète sont d'autant plus importantes pour stabiliser et réduire le besoin en soins sans rapport avec la démence.^{94 95} Les efforts en matière de prévention de ces maladies s'adressent à toutes les classes d'âge et leurs effets se déploient en conséquence sur de très longues périodes (après 30 à 40 ans selon les estimations), soit lorsque les quadragénaires et quinquagénaires actuels atteindront un âge auquel ils seront susceptibles d'avoir besoin de soins.

De récentes études ont en outre montré que le développement du besoin en soins est moindre, même avec l'âge, pour les personnes ayant adopté un mode de vie sain. Il importe donc d'orienter la prévention, qui cible les facteurs de risque liés au style de vie, auprès de la population plus âgée et d'aligner l'offre correspondante à ses besoins spécifiques et à ses conditions de vie. À ce propos, l'encouragement et la facilitation de l'activité physique, la garantie d'une alimentation équilibrée, une consommation modérée d'alcool et le renoncement à la consommation de tabac jouent un rôle particulier en ce qu'elle réduit le risque de chute durant la dernière tranche de vie et le développement de la démence, en plus de son effet bénéfique sur le développement des maladies cardiovasculaires et du diabète.

En complément, des programmes, qui permettent de limiter - ou du moins ralentir - le développement de limitations fonctionnelles sont à développer et à diffuser. Ces offres s'adressent aux personnes qui ont un risque élevé de devenir fragile. À cet égard, des instruments pour protéger les personnes vulnérables existent. Des interventions spécifiques sont indiquées chez ces individus, par exemple, pour la prévention des chutes, pour assurer une alimentation de bonne qualité afin de prévenir les carences, pour la prévention et le dépistage précoce des dépressions ou pour réduire la quantité de médicaments ingérés dans le but de prévenir les interactions et les effets secondaires.

Une attention particulière doit être accordée à la détection et à la réduction de la consommation excessive et chronique d'alcool. Cette consommation, combinée avec la prise de médicaments (en particulier de psychotropes et de somnifères prescrits par le médecin ou utilisés de manière abusive), peut augmenter le risque de chute, contribuer à une alimentation qualitativement insuffisante et renforcer l'isolement social.

Finalement, plusieurs vaccins sont dirigés contre des maladies qui, à un âge avancé, peuvent être graves et conduire à une perte d'autonomie. Cela concerne les vaccins contre la grippe, les maladies à pneumocoques et le zona (herpès zoster). La vaccination de la population âgée doit être encouragée de manière ciblée.

⁹⁴ Monod-Zorzi, Stéphanie, Seematter-Bagnoud, Laurence, Büla, Christophe, Pellegrini, Sonia, Jaccard Ruedin, Hélène (2007): Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature. Obsan, Document de travail 25.

⁹⁵ Canton de Vaud (2012) : Politique cantonale Vieillesse et santé.

Améliorer la santé de la population et maîtriser la demande en prestations médicales et de soins doit être l'objectif principal à court, moyen et long terme de la stratégie des soins de longue durée. Comme indiqué dans la partie II, chiffre 1.1, le Dialogue PNS a élaboré la stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (Stratégie MNT), laquelle renforce notamment la prévention dans le domaine de la santé et vise à éviter que la maladie se déclare. Il y a tout lieu de croire que les mesures de prévention spécifiques pour les personnes âgées vont déployer leurs effets et ainsi réduire la croissance des dépenses relatives aux soins. Les mesures pour personnes âgées, comme par exemple la prévention contre les chutes, l'encouragement de l'activité physique, la modification des habitudes alimentaires mais aussi l'évaluation gériatrique multidimensionnelle ou l'éducation des patients et le programme de Disease Management figurent au premier plan. Il convient d'intensifier ces mesures et programmes et de développer d'autres approches dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie MNT, par exemple dans le domaine de l'alimentation pour éviter des carences. Dans la stratégie MNT, les mesures qui contribuent à réduire les besoins en soins à long terme et sur un horizon temporel plus éloigné sont favorisées. Elles seront également directement mises en œuvre par la maintien de la santé des personnes âgées, respectivement par l'amélioration de la qualité de vie malgré la présence de maladies ou d'atteintes à la santé, ce qui doit aussi permettre de réduire - ou du moins ralentir - les besoins en soins à court terme. A cet égard, l'ensemble des acteurs concernés dans le domaine de la santé doivent consentir à des efforts. Les mesures de prévention mentionnées s'intègrent dans les soins coordonnés. La planification de la sortie de l'hôpital en est un bon exemple. La prévention contre les chutes sera organisée dans le cadre de cette planification, par exemple, en chargeant un service de soins et d'aide à domicile d'effectuer une évaluation du risque de chute dans l'appartement de la personne sortante. Enfin, chez les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques, des mesures d'optimisation et d'intégration thérapeutiques (comme la planification de la sortie du patient, la vérification des médicaments, notamment chez les patients polymédiqués) sont appropriées pour préserver l'autonomie et réduire le besoin en soins. Les approches efficaces à court terme de ce type visant à réduire le besoin en soins doivent être encouragées, ou au besoin développées et appliquées, dans le cadre des futures mesures pour promouvoir les soins coordonnés.

La stratégie « Santé2020 » du Conseil fédéral vise à appuyer la mise sur pied de modèles de soins intégrés dans tous les domaines, des soins aigus aux soins palliatifs en passant par les soins de longue durée. Dans le domaine des soins de longue durée, il convient notamment de veiller à la disponibilité d'un personnel soignant en nombre suffisant et à ce que les structures de soins correspondent aux besoins, afin d'améliorer la qualité et l'efficacité. Par ailleurs, la prévention adaptée spécifiquement au besoin en soins est très prometteuse. Comme expliqué plus haut, différentes activités sont en cours dans ce domaine. En outre, un train de mesures prévu entre la Confédération et les cantons, qui vient renforcer les mesures existantes, est présenté dans ce rapport (cf. à ce sujet partie III, ch. 1.6).

Pour promouvoir les activités décrites plus haut et développer les nouvelles mesures, il convient d'appliquer, à tous les nouveaux étatiques et en tenant également compte de la disponibilité de ressources provenant de milieux privés, les importants moyens de préventions disponibles d'une manière encore plus ciblée et efficace. De plus, il conviendrait d'examiner dans quelle mesure les cantons, qui sont compétents pour la fourniture des soins et qui profitent considérablement des efforts de prévention (hôpital et EMS), pourraient affecter de manière suffisamment ciblée d'autres moyens financiers pour la promotion de la santé, la prévention et la détection précoce.

1.5 Potentiel d'augmentation de l'efficacité

Outre le débat sur les diverses variantes possibles pour combler le futur déficit de financement de l'Etat et des assurances sociales par des augmentations d'impôts ou la mise en place d'une assurance des soins, la question se pose de savoir dans quelle mesure l'évolution des coûts

dans les soins de longue durée peut être maîtrisée par des mesures ciblées visant à augmenter l'efficacité. Depuis 2012, l'OFSP calcule des indices pour les EMS suisses, et les publie sur Internet. Le calcul de ces indices est basé sur les données de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) prélevées chaque année par l'Office fédéral de la statistique. La publication « Chiffres-clés des EMS suisses » permet de conclure qu'il existe un certain potentiel de hausse d'efficacité dans le domaine des soins de longue durée. Le nombre indiqué d'infirmiers par millier de jours de soins ou la part de personnel qualifié dans le domaine de soins sont très divers. Les coûts par journée d'hébergement se situent entre 100 francs et plus de 1 000 francs par jour. Ceci s'explique sans doute entre autres par des différences au niveau de l'intensité des soins et des types d'installations. Il n'empêche que leur rapport avec les coûts extrêmement divers des journées d'hébergement ou des journées de soins facturés à l'AOS n'est pas toujours évident.

La taille variable des EMS peut expliquer les larges fourchettes en matière de personnel employé et de coûts par journée d'hébergement. Il est toutefois frappant de constater que le nombre d'infirmiers par millier de jours de soins ou la part de personnel qualifié dans le domaine de soins sont également très divers. Dans les EMS, le nombre de postes d'infirmiers extrapolé en équivalents plein-temps varie entre 0,2 et 13 par millier de journées de soins. La part du personnel qualifié dans le personnel total se situe entre 15 et 100 %. Les raisons de ces différences parfois marquantes sont multiples. L'une d'entre elles réside dans les différences d'intensité des soins dont ont besoin en moyenne les clients d'un établissement. L'ampleur de l'indice de l'intensité des soins⁹⁶, qui va de 0,7 à 11,7, le montre bien. On peut donc se demander dans quelle mesure il existe un potentiel d'augmentation de l'efficacité dans les EMS et comment ce potentiel peut être exploité pour minimiser les coûts, en considérant aussi la différence des effectifs infirmiers en Suisse par rapport à l'environnement européen comparable. Selon les chiffres les plus récents publiés en décembre 2014, il y avait en Suisse en 2012 un peu plus de 10 infirmiers pour 1 000 habitants. La moyenne européenne est de 8 infirmiers pour 1 000 habitants⁹⁷, ce qui révèle qu'il existe manifestement des différences entre les divers pays en matière de recours au personnel infirmier. Se posent alors non seulement la question de l'efficacité des soins, mais également la question du niveau proposé tant de la qualité des soins que de confort offert aux personnes soignées. Au vu du besoin futur estimé à 17 000 nouvelles embauches et à 60 000 personnes à remplacer (cf. partie II ch. 2.1) ainsi que des coûts supplémentaires prévus, surtout dans le domaine des EMS (cf. partie II, ch. 2.3), il faut aborder les questions de l'efficacité et de la qualité de manière ciblée⁹⁸.

L'utilisation de nouvelles technologies dans le secteur des soins pourrait permettre d'augmenter l'efficacité dans les soins de longue durée et ainsi d'alléger la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine des soins. Diverses études de pays membres de l'OCDE ont conclu qu'il existe un potentiel d'utilisation accrue de nouvelles technologies, par exemple de moyens d'information, de surveillance et de communication numériques.⁹⁹ La recherche internationale sur les effets de nouvelles technologies sur la productivité dans les soins de longue durée n'en est qu'à ses balbutiements. Quelques résultats, principalement de programmes pilotes, per-

⁹⁶ L'indice de l'intensité des soins correspond à la moyenne des indices des journées de soins des clients recevant des soins soumis à la LAMal. La charge des soins ou l'intensité des soins est d'autant plus importante que l'indice est élevé. Les indices sont calculés sur la base de l'instrument utilisé pour chaque prestation de soins. On prend en compte les instruments suivants: points BESA OPAS, minutes BESA OPAS, RAI-RUG OPAS (niveaux) et PLAISIR OPAS (minutes).

⁹⁷ Réponse du Conseil fédéral du 13 mars 2015 à l'interpellation 14.4185 « Pénurie de personnel qualifié dans le domaine de la santé. Mythe ou réalité ? ».

⁹⁸ L'étude de Credit Suisse « L'avenir du marché des homes médicalisés » publiée en juin 2015 se base sur l'hypothèse que, d'ici 2040, 20 % des clients actuellement pris en charge dans des homes seront à l'avenir pris en charge de manière ambulatoire (scénario « Base ambulatoire » et « Vieillesse en bonne santé avec soins ambulatoires »).

⁹⁹ Cf. Etude OCDE (2012): « Help Wanted ? Providing and Paying for Long-Term Care » p. 307.

mettent d'établir une corrélation positive entre l'utilisation de nouvelles technologies et la productivité.¹⁰⁰ En conséquence, on peut admettre que l'usage accru d'auxiliaires techniques dans le domaine des soins de longue durée permettra de modérer la croissance des dépenses. Toutefois, il est difficile d'estimer le volume du potentiel d'économies. Le dossier électronique du patient en Suisse fournira un nouvel auxiliaire technologique qui introduira une meilleure efficacité dans la prestation de soins. L'entrée en vigueur de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient s'effectue dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie eHealth Suisse qui encourage l'utilisation de moyens auxiliaires électroniques dans le système de santé.

1.6 Train de mesures de la Confédération et des cantons

Améliorer la santé de la population et maîtriser la demande en prestations médicales et de soins doit constituer l'objectif principal du train de mesures pour les soins de longue durée. Pour atteindre cet objectif, le Conseil fédéral propose un train de mesures « Soins de longue durée » (cf. tableau 9), lequel devrait être réalisé par la Confédération et les cantons. Comme cela ressort du tableau suivant, les mesures sont proposées en sept domaines d'action. L'ordre de priorité des mesures, leurs conceptions concrètes et la clarification des compétences correspondantes pour la mise en œuvre devraient se faire dans le cadre du Dialogue Politique nationale de la santé.

¹⁰⁰ Ibid., p. 306.

Tableau 9 : Train de mesures de la Confédération et des cantons pour les soins de longue durée

Domaine d'action	Mesures de la Confédération et des cantons	Compétence
<p>1. Prévention de la dépendance aux soins</p>	<p>Mesures efficaces à court terme pour les personnes âgées et très âgées¹⁰¹</p> <p>Mesures efficaces à moyen et à long terme pour la prévention des maladies non transmissibles chez les personnes d'âge moyen et les personnes âgées¹⁰²</p> <p>Mesures visant à intégrer la prévention dans le domaine des soins</p>	<p>(Confédération), cantons, communes, organisations privées</p> <p>Confédération et cantons : « stratégie MNT »¹⁰³</p> <p>Communes, organisations privées</p> <p>Confédération et cantons : « stratégie MNT »</p> <p>Communes, organisations privées</p>
<p>2. Décharge des proches aidants</p>	<p>Mesures du plan d'action et programme de promotion¹⁰⁴</p>	<p>Confédération: «Plan d'action de soutien et de décharge en faveur des proches aidants »¹⁰⁶, Programme de promotion «Offres visant à soutenir et à décharger les proches aidants»¹⁰⁷</p> <p>Cantons, communes, organisations privées</p>

¹⁰¹ A titre d'exemple, on peut citer l'évaluation gériatrique multidimensionnelle, les mesures de prévention des chutes, la promotion de l'activité physique, le changement des habitudes alimentaires, la prévention et le dépistage précoce des dépressions, la diminution de la prise des médicaments ainsi que les vaccinations.

¹⁰² Il peut s'agir, par exemple, de mesures de promotion d'une nutrition saine, de la promotion de l'activité physique, de la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, de la prévention des maladies psychiques (démences incl.) ainsi que de mesures générales visant à promouvoir les compétences en matière de santé.

¹⁰³ Voir à ce propos: Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2016): Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (Stratégie MNT) 2017-2024. Berne.

¹⁰⁴ Il peut s'agir d'offres visant à décharger les proches aidants, mesures permettant de mieux concilier travail et soins aux proches, congé pour tâches d'assistance ou autres formes de soutien.

¹⁰⁶ Voir à ce propos: Soutien aux proches aidants. Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse. Rapport du Conseil fédéral du 5.12.2014.

¹⁰⁷ Voir à ce propos: Pénurie de personnel qualifié: nouvelles mesures dans le domaine de la santé (<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=60859> [état 6.5.2016]).

	Mesures de la stratégie en matière de démence ¹⁰⁵	Confédération et canton: «Stratégie nationale en matière de démence» ¹⁰⁸ Communes, organisations privées
3. Garantir les ressources en personnel et les qualifications	Mesures visant à promouvoir la formation interprofessionnelle et la collaboration ¹⁰⁹ Renforcer les compétences spécialisées des professions de la santé et du social en matière de démence Mesures visant à instaurer des conditions-cadres propices à la santé pour le personnel	Confédération: Programme de promotion «Interprofessionnalité» ¹¹⁰ , Projet «soins coordonnés» Cantons, communes, organisations privées Confédération et cantons: «Stratégie nationale en matière de démence» Organisations privées Cantons, communes, organisations privées
4. Assurer l'approvisionnement en soins (à domicile, dans les structures intermédiaires et en EMS)	Mesures visant à améliorer l'accès aux structures de soins spécialisés en gériatrie ¹¹¹ Mesures visant à promouvoir l'autonomie aux moyens de technologies innovantes ¹¹²	Confédération: Projet «soins coordonnés» ¹¹³ Confédération et cantons: «Stratégie nationale en matière de démence» Cantons, communes, organisations privées

¹⁰⁵ A titre d'exemple, on peut citer les structures de jour et de nuit et les nouvelles formes d'habitation pour les personnes souffrant de démence. Ces structures sont flexibles et financièrement supportables.

¹⁰⁸ Voir à ce propos: Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2013): Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017. Berne.

¹⁰⁹ Le développement et l'évaluation de modules de collaboration interprofessionnelle sont ici envisagés. L'élaboration de cas pratiques pour la transmission de connaissances fondamentales en gériatrie dans les professions de la santé et du social est particulièrement importante dans les soins de longue durée. Voir à ce propos Mesure 4.1: Office fédéral de la santé publique (2016): Groupe de patients 1: personnes (très) âgées et polymorbides: Champs d'action et mesures. Version du 23.03.2016 (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/15938/15941/index.html?lang=fr> [état 10.5.2016]).

¹¹⁰ Voir à ce propos: Pénurie de personnel qualifié: nouvelles mesures dans le domaine de la santé (<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=60859>, [état 6.5.2016]) ainsi que Dialogue de la Politique nationale de la santé (2013): Rapport du groupe thématique «Interprofessionnalité» (<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html?lang=fr> [état 6.5.2016]).

¹¹¹ Il s'agit par exemple des services d'urgences ou des services de soins gériatriques intra-hospitaliers.

¹¹² La Santé en ligne, le télémonitorage et les systèmes d'assistance pour la vieillesse sont des exemples de ces technologies.

¹¹³ Voir à ce propos: OFSP (2016): Soins coordonnés (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/index.html?lang=fr> [état 6.5.2016]).

5. Améliorer la qualité de la fourniture des prestations	Mesures pour une meilleure planification de la sortie de l'hôpital ainsi que mesures pour améliorer l'interface entre les soins stationnaires, l'aide et les soins à domicile et les proches aidants	Confédération: Projet «soins coordonnés» Confédération et cantons: «Stratégie nationale en matière de démence» Communes, organisations privées
	Mesures visant à renforcer l'autodétermination du patient et à encourager la planification de la fin de vie (Advance Care Planning)	Confédération: Projet «soins coordonnés» Confédération et cantons: «Stratégie nationale en matière de démence»
6. Améliorer l'efficacité de la fourniture des prestations	Mesures pour accroître l'efficacité aux moyens de nouvelles technologies ¹¹⁴	Confédération et cantons: «Stratégie Cybersanté (eHealth)» ¹¹⁵
7. Assurer le monitoring des besoins en soins	Définition d'un indicateur sur les besoins en soins dans le cadre du monitoring des MNT	Confédération et cantons: Projet «Système de monitoring des MNT»
	Monitoring démence	Confédération et cantons: «Stratégie nationale en matière de démence»

2 Variantes de la répartition des tâches et du financement du surcoût des soins de longue durée

Au début de ce rapport (partie I, ch. 2.3), nous présentions l'évolution des dépenses publiques liée au surcoût des soins de longue durée jusqu'en 2045. Les projections permettent d'entrevoir des charges supplémentaires considérables qui devront être absorbées pour l'essentiel par les budgets cantonaux et par l'AOS. Les défis que pose leur financement devraient s'accroître à partir de 2030.

Les projections des dépenses de l'AFF amènent en outre à conclure que la modification du besoin en soins est l'un des principaux leviers permettant d'agir sur l'évolution des coûts des soins de longue durée. Une hausse des salaires réels (pression salariale), susceptible d'être déclenchée par une pénurie de personnel en soins de longue durée, aurait un effet tout aussi puissant. Les mesures destinées à freiner la spirale des dépenses en réduisant les coûts devraient donc viser en particulier à améliorer l'état de santé de la population par la prévention. D'autres effets d'endiguement des coûts peuvent être obtenus en réduisant la pression salariale par une planification proactive des ressources humaines et par des améliorations de la productivité et de l'efficacité – par exemple en recourant davantage aux nouvelles technologies et en mettant en place un système de soins plus efficace et des mesures incitant les fournisseurs de prestations à un comportement plus économique. Un renforcement des soins ambulatoires et informels permettrait également de réduire les coûts des soins de longue durée. Il

¹¹⁴ Il s'agit par exemple de l'utilisation de moyens d'informations, de surveillance et de communications numériques ainsi que des soins robotisés.

¹¹⁵ Voir à ce propos le site de l'Organe de coordination eHealth Confédération-cantons: <http://www.e-health-suisse.ch/grundlagen/index.html?lang=fr> [état 6.5.2016].

est donc prévu de mettre au point avec les cantons une série de mesures qui comprendra surtout des mesures préventives.

Il est difficile d'estimer actuellement quand et à quel point les mesures préconisées pourront déployer leurs effets et infléchir ainsi la hausse des dépenses. Dans le domaine de la prévention plus qu'ailleurs, les effets d'une mesure ne deviennent souvent visibles qu'avec un certain recul. Il y a donc lieu d'admettre que les surcoûts prévus des soins de longue durée et la charge de financement qu'ils impliquent seront atténués, mais non complètement absorbés à l'avenir à cause du vieillissement démographique. Les charges du régime de financement actuel sont appelées à s'alourdir considérablement.

Bien qu'il n'y ait pas encore urgence immédiate et malgré les incertitudes liées aux estimations des coûts sur une période de 30 ans, le Conseil fédéral estime judicieux de soumettre d'ores et déjà aux Chambres fédérales des réflexions sur les options envisageables de répartition des tâches et de financement de ces coûts. Ces réflexions sont basées sur les dispositions actuelles régissant les prestations et leur financement. Cela signifie ce qui suit :

- il faudra agir sur le niveau des prestations des soins de longue durée, lesquels sont financés par les assurances sociales et les fonds publics. Indépendamment de cela, il convient cependant d'exploiter les potentiels d'amélioration de l'efficacité afin de pouvoir enrayer tant soit peu la spirale des coûts (cf. ch. 1.11 ci-dessous) ;
- le niveau des rentes vieillesse restera inchangé et la réforme de la prévoyance vieillesse proposée par le Conseil fédéral pour 2020 dans son message du 19 novembre 2014 sera appliquée.

Les principes fondamentaux suivants ont été définis pour les variantes de financement présentées dans ce rapport, qui doivent être considérées comme un inventaire des options théoriquement concevables pour remplacer le régime de financement actuel :

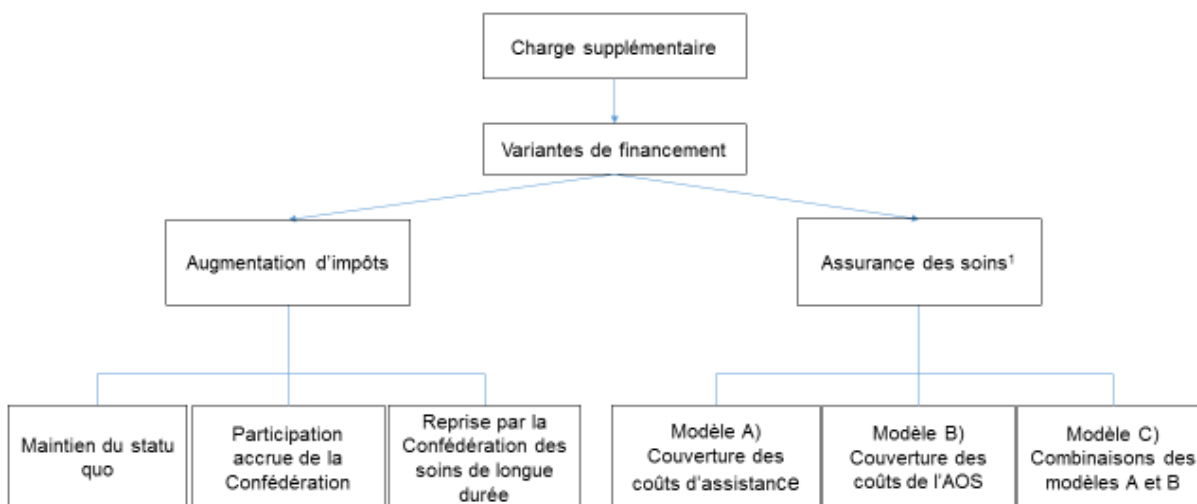
Les modèles futurs de financement des coûts des soins de longue durée doivent tenir compte de la répartition actuelle des tâches et du financement entre la Confédération et les cantons. Cela signifie notamment qu'il ne saurait y avoir de transfert de charges des cantons, dont relève l'essentiel de ce domaine politique, à la Confédération. Ainsi, la prise en charge par la Confédération des coûts de l'extension nécessaire des structures de soins de longue durée sans péréquation financière correspondante, par exemple dans le cadre d'une réorganisation future de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en Suisse, serait inacceptable. Une participation financière plus élevée de la Confédération dans le cadre du régime de financement actuel ou de la répartition actuelle des compétences est expressément exclue par le Conseil fédéral à ce stade.

Bien entendu, il faut veiller aussi à ce que les contributions financières des assurances sociales du ressort de la Confédération (en particulier l'AOS, l'AVS et les PC) continuent d'être versées à l'avenir pour éviter tout transfert de charges au détriment des cantons.

Les principes constitutionnels de subsidiarité et d'équivalence fiscale devront également être respectés dans nos efforts pour maîtriser les défis futurs. Ce principe de subsidiarité oblige la Confédération à n'assumer que les tâches « qui excèdent les possibilités des cantons ou qui nécessitent une réglementation uniforme par la Confédération ». Les projections de dépenses mentionnées portent à considérer qu'il pourrait être nécessaire d'examiner de nouvelles réglementations des tâches et du financement au niveau fédéral et de les soumettre à la discussion le cas échéant. En outre, le principe d'équivalence (principe de l'utilisateur-payeur) commande aussi et surtout que l'on s'assure que le bénéfice de l'exécution des tâches par l'Etat coïncide dans une large mesure avec les charges résultant de l'obligation de financement.

2.1 Option de répartition des tâches et de financement avec prise en compte de variantes d'une assurance des soins

Pour combler la charge supplémentaire de l'Etat et des assurances sociales prévue pour 2045, laquelle est générée par les soins de longue durée, plusieurs options sont envisageables compte tenu des éventuels mesures visant à accroître l'efficacité. Les variantes concernent des augmentations d'impôts ou des augmentations des cotisations d'assurance, respectivement l'introduction d'une assurance obligatoire des soins ainsi qu'une combinaison de ces deux approches. En outre, la question se pose, pour les différentes variantes, de savoir si et dans quelle mesure les changements dans la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons seraient à prendre en considération. Dans les variantes de financement discutées dans ce chapitre, il convient de tenir compte du fait qu'elles montrent avant tout des options alternatives d'une répartition de la charge financière future dans le domaine des soins de longue durée. Elles ne représentent ni des solutions potentielles pour endiguer l'augmentation des dépenses prévues, ni ne conduisent à une réduction immédiate du besoin de financement futur.¹¹⁶ Les variantes de financement mentionnées peuvent être présentées schématiquement de la manière suivante :



¹ Il est admis que l'assurance des soins couvre les coûts des soins de longue durée sans participation des cantons.

Le Conseil fédéral considère que l'élargissement du pilier 3a à la couverture des frais de soins ne constitue pas une solution valable (cf. ch. 2.3.1 et annexe 1).

2.1.1 Variante «Augmentation d'impôts et hausse des cotisations»

2.1.1.1 Option a. Maintien du statu quo pour le régime de répartition des tâches et de financement

Le statu quo en matière de financement des coûts des soins de longue durée est influencé par le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur début 2011. L'AOS verse une contribution aux soins à domicile et en EMS. S'agissant de la question du financement à long terme, la réglementation du financement résiduel est déterminante. Elle prévoit une limitation à 20 % au plus du montant maximal de la contribution aux soins de l'AOS, que doit fixer le

¹¹⁶ Toutefois, il ne faut pas oublier que la réglementation des tâches et les règles de financement peuvent exercer, de par leurs structures incitatives et leurs effets incitatifs respectifs, un effet indirect sur les coûts de la fourniture de la prestation.

Conseil fédéral, pour les frais de soins non couverts par les assurances sociales, et restant à la charge des assurés. Le financement des frais dépassant ce montant doit être réglé par les cantons et financé par ces derniers, ou éventuellement par les communes.

Les soins de longue durée relevant de la compétence des cantons et des communes, qui doivent par ailleurs également assumer les PC destinées à couvrir les coûts de ces soins, il leur appartiendrait de supporter le gros des charges de l'Etat, qui augmenteraient fortement dans ce cadre. Les cantons et les communes seraient contraints d'augmenter les impôts de 12 % d'ici 2045.¹¹⁷ Il faut cependant retenir qu'à long terme, on peut s'attendre à ce que la charge des cantons et des communes en matière d'éducation s'allège en raison de l'évolution démographique. Ceci pourrait compenser au moins en partie leur charge financière pour les soins de longue durée.

2.1.1.2 Option b. Participation financière accrue de la Confédération aux soins de longue durée

Cette variante est caractérisée par le fait que la Confédération participe désormais aux coûts des soins de longue durée devant être financés par les cantons. Cet engagement devrait toutefois s'accompagner de la reprise par la Confédération d'une certaine fonction de pilotage dans des domaines qui, jusqu'ici, relevaient entièrement de la compétence des cantons. L'engagement fédéral pourrait, par exemple, prendre la forme de forfaits pour les prestations fournies par les EMS et les prestations de soins ambulatoires. L'instrument des conventions-programmes introduit avec la RPT pourrait être utilisé à cette fin.

Il serait aussi théoriquement concevable que la Confédération participe davantage au financement des PC à l'AVS pour les soins de longue durée, ce qui entraînerait un allègement correspondant pour les cantons. Cependant, une telle mesure ne pourrait être envisagée que par le biais d'une compensation financière intégrale sous la forme d'impôts fédéraux. Pour soulager les cantons de la charge que représentent les prestations complémentaires, la possibilité suivante pourrait être envisagée :

- Augmentation de la part de la Confédération à la couverture des besoins vitaux jusqu'à, par exemple, 8/8 contre 5/8 actuellement. Cela aurait pour effet de libérer complètement les cantons de leur obligation d'agent payeur. Le surcoût pour la Confédération s'élèverait à environ 840 millions de francs par année (état en 2014).

Le Conseil fédéral considère toutefois qu'une telle mesure isolée en faveur des cantons n'est pas opportune. Premièrement, elle ne pourrait contribuer à atténuer les problèmes de financement au niveau cantonal dans le domaine des soins de longue durée que de manière très limitée. Deuxièmement, si l'augmentation d'impôts ne devait pas s'imposer sur le plan politique, cette option constituerait un risque financier considérable pour le budget fédéral. Par contre, l'option mentionnée pourrait être examinée dans le cadre d'un éventuel deuxième paquet de répartition des tâches RPT. Pour des raisons objectives, cette manière de faire, avec un contre-financement par une remise des tâches de la Confédération et une reprise de celles-ci par les cantons, serait préférable à la variante décrite plus haut dans le domaine du financement des PC.

2.1.1.3 Option c. Reprise par la Confédération de la compétence pour les soins de longue durée

Cette option éventuellement envisageable à long terme correspondrait à une restructuration fondamentale des tâches relatives à la politique sociale et sanitaire en Suisse. Le financement

¹¹⁷ Au vu des causes structurelles de l'évolution des dépenses, on admet que seule une petite partie des charges supplémentaires pourra être compensée par des hausses d'efficacité et des mesures d'économie.

et la gestion des prestations de soins stationnaires et ambulatoires ne relèveraient non plus des cantons mais de la Confédération. Une réforme de cette envergure ne pourrait se justifier que si l'accomplissement des tâches dépassait les possibilités des cantons et que, pour des raisons politiques, des règles fédérales uniformes s'imposaient pour le secteur des soins.

Dans de telles conditions, le principe de subsidiarité propre au fédéralisme suisse serait respecté même si la Confédération reprenait cette tâche. Cette variante se justifierait d'autant plus si la compétence relative au système hospitalier venait également à être déléguée à la Confédération pour des raisons d'économie de la santé (pilotage centralisé). Le Conseil fédéral s'est exprimé à ce sujet dans son rapport de 2010 sur le financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires par l'AOS¹¹⁸, prenant également en considération les propositions et les conclusions de divers rapports d'experts¹¹⁹. Cette option n'entretrait en ligne de compte que si les nouvelles charges incombant à la Confédération étaient entièrement contre-financées. La nécessaire compensation des charges pourrait être réalisée par le biais d'une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, sous la forme d'un deuxième train de mesures RPT. Il devrait prévoir le transfert de la Confédération aux cantons d'autres domaines d'activités appropriés avec les charges de financement correspondantes. Dans ce contexte, au vu du volume considérable des dépenses, il serait extrêmement difficile de parvenir à une péréquation du financement objectivement fondée par un transfert des tâches.

Une autre option envisageable serait un transfert de recettes d'impôts directs des cantons à la Confédération. Dans tous les cas, non seulement cette option aurait des effets considérables sur le secteur des EMS, mais elle pourrait aussi fortement modifier la répartition des tâches et des recettes entre la Confédération et des cantons en Suisse, et en particulier réduire la souveraineté fiscale des cantons et des communes. Cela aurait d'importantes répercussions sur le principe du fédéralisme financier en Suisse.

Les transferts de tâches et de recettes mentionnés pourraient uniquement garantir le financement des charges transférées au cours de l'année de transition. Le déficit de financement en forte hausse abordé plus haut dans la partie I, au chap. 2.3.4 ne serait cependant toujours pas couvert. Avec cette variante, la Confédération serait contrainte d'augmenter périodiquement ses impôts.

2.1.2 Option d. Variantes d'une assurance obligatoire des soins

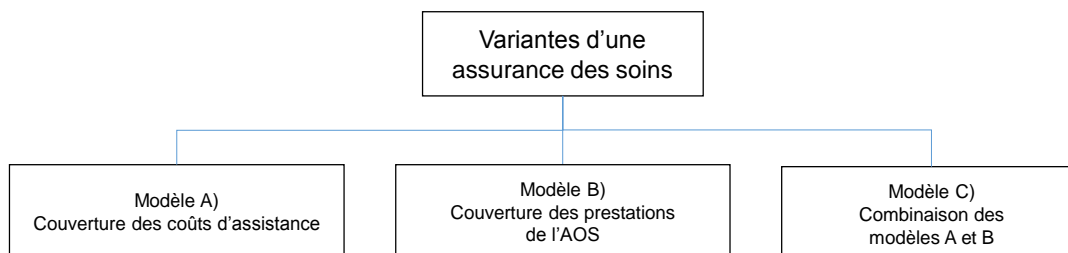
Diverses interventions parlementaires de même que le message du Conseil fédéral sur le nouveau financement des soins¹²⁰ ont déjà abordé le thème d'une assurance des soins comme futur instrument de financement des soins de longue durée. Au préalable, divers modèles de financement des soins ont été analysés (notamment le financement dual fixe et en particulier une assurance des soins pour les prestations AOS, ainsi qu'une assurance des soins pour toutes les prestations de soins) en faisant appel à un bureau d'études et en impliquant les principales parties prenantes. Sur le fond, les conclusions de cette étude sont toujours valables (cf. chap. 2.2.2ss ci-après). L'éventail des prestations d'une assurance des soins peut être défini de manière plus ou moins restrictive. Les trois modèles ci-dessous, qui

¹¹⁸ Conseil fédéral (2010) : Financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires par l'assurance obligatoire des soins. Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion (06.3009) de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États du 24 septembre 2007 et en exécution du postulat Grin (10.3137).

¹¹⁹ Robert E. Leu (2004): Financement hospitalier moniste, bases pour la 3^e révision de la LAMal, Berne février 2004 ; Markus Moser (2009) Zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung in der Krankenversicherung, Niederwangen 22. Dezember 2009 (en allemand) <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=fr> .

¹²⁰ FF 2005 1911.

se distinguent par le volume des prestations, peuvent être considérés comme des variantes possibles :



2.1.2.1 Eventail des prestations des soins de longue durée et financement

Nous commencerons par décrire les prestations des soins de longue durée afin de disposer d'une base permettant d'expliquer l'étendue de prestations différente selon le modèle.

Les prestations de soins selon la LAMal sont définies de façon exhaustive à l'art. 7, al. 2, OPAS¹²¹. Il s'agit de mesures d'évaluation, de conseil et de coordination, de mesures relatives aux examens et aux traitements ainsi que de mesures de soins de base pour les soins à domicile et en EMS. En plus des prestations de soins en tant que telles, les EMS et les organisations de soins et d'aide à domicile fournissent d'autres prestations.

La classification utilisée dans les trois variantes pour les prestations fournies par les EMS ou les fournisseurs de prestations d'aide et de soins à domicile est basée, pour les EMS, sur le relevé des coûts d'exploitation par principaux centres de charges « EMS » tel qu'utilisé dans la statistique des institutions médico-sociales publiée par l'OFS¹²², tandis que dans le domaine ambulatoire, la statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) de l'OFS distingue les prestations OPAS (prestations de soins selon la LAMal) des prestations ménagères. Ci-après, les prestations ménagères et d'assistance dans le domaine ambulatoire sont réunies dans la rubrique « Assistance ».

Le transfert de prestations à une nouvelle assurance des soins a des conséquences financières sur le régime de financement des soins de longue durée. Les coûts transférés à l'assurance des soins en fonction du volume de prestations déchargent les agents financeurs actuels. Nous allons démontrer ci-après cet effet pour chacune des trois variantes d'assurance des soins. La base de données utilisée pour les estimations est présentée à l'annexe 5 « Coûts des soins de longue durée par responsable du financement ».

¹²¹ RS 832.112.31.

¹²² OFS (2014) : Statistique des institutions médico-sociales, tableau 13-A Coûts d'exploitation par principaux centres de charges, en milliers de francs, par canton de l'établissement, 2012. La statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) de l'OFS distingue les prestations OPAS des prestations d'aide à domicile (travaux ménagers/encadrement social). Ces dernières ne sont pas différenciées.

Tableau 10 : Prestations dans le domaine des soins de longue durée

Prestation	Contenu
Evaluation, conseils et coordination	Ces prestations de l'AOS comprennent l'évaluation des besoins de soins, le conseil à la personne à soigner et aux intervenants non professionnels ainsi que la coordination des mesures par le personnel infirmier spécialisé (art. 7, al. 2, let. a, OPAS).
Traitement et examen (« soin de traitement »)	Le soin de traitement est une prestation de l'AOS et comprend les examens et les traitements tels que : traitement des plaies, contrôle des signes vitaux (pouls, tension artérielle, température, poids) ou soins destinés à la mise en œuvre de thérapies médicales (art. 7, al. 2, let. b, OPAS).
Soin de base	Le soin de base est une prestation de l'AOS qui comprend les soins de base généraux, par exemple l'assistance pour l'hygiène buccale et corporelle ou l'habillage et le déshabillage, ainsi qu'une aide et une surveillance pour les personnes souffrant d'une maladie psychique (art. 7, al. 2, let. c, OPAS).
Aide de tiers pour les gestes de la vie courante	Est réputée impotente au sens de l'AVS toute personne qui a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir des actes de la vie quotidienne tels que s'habiller, se déshabiller, se lever, s'asseoir, se coucher, manger, se laver, faire ses besoins, se déplacer, entretenir des contacts sociaux (art. 43 ^{bis} LAVS, art. 9, LPGA).
Hôtellerie (pension)	Les prestations de la pension contiennent les coûts d'hébergement et de restauration en EMS.
Assistance	Se classent dans la catégorie de l'assistance les prestations qui ne représentent ni des soins soumis à la LAMal selon l'art. 7, OPAS, ni des frais de pension. Il peut s'agir notamment des activités suivantes : assistance pour des activités telles que l'utilisation du téléphone, achats, préparation de la nourriture, tenue du ménage, lessive, utilisation des moyens de transport, responsabilité de sa propre médication, opérations financières.
Prestations générales (médecin, médicaments [LS]), moyens et appareils [LiMA]	Les prestations générales selon la LAMal se composent des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • prestations médicales • thérapies telles que physiothérapie ou ergothérapie • médicaments selon liste des spécialités (LS)¹²³ • Moyens et appareils selon LiMA¹²⁴

¹²³ Pour la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique : <http://www.spezialitaetenliste.ch/default.aspx>.

¹²⁴ Pour la liste détaillée des moyens et appareils (LiMA) : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html?lang=fr>.

Pour le reste, il faut aussi distinguer les **fournisseurs de prestations** :

« Stationnaire »	Le domaine « stationnaire » des soins de longue durée comprend, du point de vue de l'AOS et de l'AVS, uniquement les EMS comme fournisseurs de prestations.
« Ambulatoire »	Dans le domaine « ambulatoire », les prestations d'infirmiers indépendants et d'organisations de soins et d'assistance sont fournies à domicile. Les prestations fournies dans des cliniques de jour et de nuit sont considérées comme des prestations ambulatoires pour l'AOS.

Les prestations fournies dans les EMS et par des infirmiers ainsi que par des organisations de soins et d'aide à domicile à la charge de l'AOS sont considérées comme des prestations ambulatoires dans la classification de la LAMal.

2.1.2.2 Modèle A: assurance des soins couvrant les coûts d'assistance

a. Description

Le modèle A prévoit que l'assurance obligatoire des soins assume une partie, encore à définir plus précisément, des coûts de l'assistance à domicile et en EMS. Si une assurance des soins devait assumer les coûts de l'assistance, il faudrait définir un catalogue des prestations pour cette assurance. La définition peut être précise ou plus générale. Une définition précise comprendrait notamment l'« assistance liée aux soins », par exemple, la surveillance de la personne concernée dans des situations déterminées. Une définition générale serait, par exemple, l'assistance en EMS, comme l'organisation d'activités communes, l'encouragement des contacts sociaux, etc. Dans plusieurs pays, l'assurance des soins ou le service de santé public prend totalement ou en partie à sa charge non seulement les activités de la vie quotidienne (*activities of daily living* [ADL]¹²⁵), mais également les activités instrumentales de la vie quotidienne (*instrumental activities of daily living* [IADL]).¹²⁶ Sont considérées comme IADL les activités telles que l'utilisation du téléphone, les achats, la préparation des repas, la tenue du ménage, la lessive, l'utilisation des moyens de transport, la responsabilité de prendre ses médicaments, les opérations financières. Si des prestations qui font actuellement l'objet d'un financement privé sont intégrées dans une assurance des soins, le soutien financier lié à ces prestations est prioritaire.

Avec le régime de financement actuel, une partie importante des coûts de l'assistance dans le cadre des soins de longue durée est assurée par les ménages privés. En 2011, les coûts d'assistance rapportés par les EMS s'élevaient à 1,3 milliard de francs. Les coûts des services à domicile s'élevaient à 0,2 milliard de francs,¹²⁷ ce qui représente un total de 1,5 milliard de francs.

Ce modèle A correspond à une assurance obligatoire financée, par analogie à l'AOS, par un système de répartition, et contenant les composantes de prestations suivantes :

¹²⁵ Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969): Assessment of older people : Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.

¹²⁶ Ibid., 179-186.

¹²⁷ Office fédéral de la statistique (2014) : « Coût et financement du système de santé selon les fournisseurs de prestations et selon les régimes de financement 2012 ».

Tableau 11 : Composantes de prestations modèle A

Prestations	Conseils / Evaluation / Coordination	Traitement / examen	Soin de base	Assistance	Hôtellerie	Prestations générales de soins selon la LAMal*
Soins ambulatoires	-	-	-	X	-	X*
Établissement médico-social	-	-	-	X	-	X*

* Valable uniquement pour la part des prestations générales (LiMA, LS) non prise en charge par l'AOS.

b. Répercussions sur le régime de financement

Mettre les coûts de l'assistance à domicile et en EMS à la charge d'une assurance des soins reviendrait à transférer des ménages privés à cette nouvelle assurance des coûts au moins 1,5 milliard de francs, ce qui représente environ 15 % des 10,3 milliards de francs qu'ont coûté au total les soins de longue durée en 2011. Pour 2045, cela correspondrait à environ 4,9 milliards de francs (corrigés de l'inflation, aux prix de 2009). Les prestations complémentaires dans les soins de longue durée, qui sont financées par les cantons, seraient également déchargées. Les coûts d'assistance sont actuellement compris dans les forfaits journaliers des EMS, lesquels sont financés en partie par les prestations complémentaires. En principe, ces forfaits journaliers devraient baisser si les frais d'assistance venaient à en être exclus. Etant difficile à quantifier, cet effet n'est pas inclus dans l'estimation.

2.1.2.3 Modèle B: assurance des soins couvrant les prestations du domaine de financement de l'AOS

a. Description

Cette variante d'une assurance des soins implique que soient exclus de l'assurance obligatoire des soins tous les coûts pris en charge par l'AOS et les cantons pour les prestations de soins à domicile et en EMS (évaluation, conseils et coordination, examen et traitement ainsi que soin de base). Avec la variante assurance des soins modèle B, les prestations des soins à domicile et en EMS seraient réunies dans une nouvelle assurance sociale et financées par un système de répartition. Les coûts sont pris en charge par le nouveau collectif d'assurés de l'assurance des soins.^{128 129} Cette variante comprend les prestations suivantes :

¹²⁸ Avant l'entrée en vigueur de la LAMal, une contribution aux soins de 9 francs par jour était versée.

¹²⁹ Une option plus avancée consisterait à exclure de l'AOS tous les frais de soins selon la LAMal et de les transférer à une assurance des soins couvrant toutes les prestations pour les personnes à partir de, par exemple, 65 ans. Une option un peu moins poussée consisterait à exclure les prestations d'évaluation, de conseils et de coordination ainsi que les soins de base de l'AOS. Les traitements resteraient dans le catalogue de prestations de l'AOS.

Tableau 12 : Composantes de prestations modèle B

Prestations	Conseils / Evaluation / Coordina- tion	Examen / Trai- tement	Soin de base	As- sistance	Hôtelle- rie	Prestations géné- rales de soins se- lon la LAMal*
Soins ambu- latoires	X	X	X	-	-	X*
Établis- sements médico-soci- aux	X	X	X	-	-	X*

* Valable uniquement pour la part des prestations générales (LiMA, LS) non prise en charge par l'AOS.

b. Répercussions sur le régime de financement

Calculés sur la base des coûts des soins de longue durée en 2011, les transferts à la nouvelle assurance sociale atteindraient quelque 6 milliards de francs (3,8 milliards de francs de contributions cantonales et communales sous la forme de financements directs et coûts résiduels des prestations AOS et prestations complémentaires, auxquels s'ajoutent 2,1 milliards de francs de l'AOS). Si l'assurance des soins prend également en charge la participation des patients, correspondant à 20 % de la contribution maximale aux frais de soins versée par l'AOS, le volume total de l'assurance des soins passe à quelque 6,3 milliards de francs, ce qui couvre environ 60 % des coûts globaux des soins de longue durée.¹³⁰ En 2045, le volume des prestations de l'assurance des soins couvert par le modèle B s'élèverait à environ 18,7 milliards de francs (corrigés de l'inflation, aux prix de 2009), de sorte que plus de la totalité de l'augmentation escomptée de la somme des coûts pour les pouvoirs publics dans le domaine des soins de longue durée serait financée.¹³¹

2.1.2.4 Modèle C: Assurance des soins combinant les modèles A et B

a. Description

Avec le modèle d'assurance des soins C, tant une partie des prestations d'assistance actuellement assumées à titre privé que les prestations de soins à domiciles et en EMS selon la LAMal sont couvertes par une assurance séparée. Le modèle C offre ainsi une solution d'assurance complète pour les coûts de soins et l'assistance correspondante. Le volume de prestations se compose ainsi des éléments suivants :

¹³⁰ Les coûts de l'AA, de l'allocation pour impotent AVS et les coûts pris en charge par les particuliers ne sont pas couverts.

¹³¹ La variante intermédiaire « Transfert d'une partie des coûts (coûts d'évaluation, conseils et coordination ainsi que soins de base) pour toutes les personnes à partir d'un âge déterminé à une assurance des soins » aurait en principe un effet identique, mais moindre, en raison du catalogue de prestations restreint. L'autre variante « Transfert de l'ensemble des coûts pour toutes les personnes à partir d'un âge déterminé dans une assurance des soins » aurait en principe un effet identique, mais moindre, en raison du catalogue de prestations plus étendu.

Tableau 13 : Composantes de prestations modèle C

Prestations	Conseils / Evaluation / Coordination	Traitement / Examen	Soin de base	Assistance	Hôtellerie	Prestations générales de soins selon la LAMa*
Soins ambulatoires	X	X	X	X	-	X*
Etablissements médico-sociaux	X	X	X	X	-	X*

* Valable uniquement pour la part des prestations générales (LiMA, LS) non pris en charge par l'AOS.

b. Répercussions sur le régime de financement

La solution d'assurance selon le modèle C réunirait les prestations des modèles A et B. L'assistance et les soins seraient pris en charge par l'assurance des soins. Cette solution aurait permis de couvrir en 2011 environ 7,5 des 10,3 milliards de francs des coûts totaux des soins de longue durée pour l'assurance des soins. Cette somme est estimée à 24 milliards de francs pour 2045 (corrigés de l'inflation, aux prix de 2009), de sorte que plus de la totalité de l'augmentation escomptée de la somme des coûts pour les pouvoirs publics dans le domaine des soins de longue durée et une partie des charges des ménages privés seraient financées.

2.1.2.5 Obligation d'assurance et cotisations

Une obligation d'assurance peut s'étendre à toute la population ou seulement à des groupes de population précis, par exemple certaines tranches d'âge. Dans le cas de la mise en place d'une assurance des soins, il pourrait s'agir par exemple des plus de 50 ans. Limiter l'obligation d'assurance des soins à un cercle d'assurés défini, donc plus restreint, aura pour effet d'augmenter la charge financière par assuré.

Une assurance des soins peut s'envisager sous de nombreuses variantes, notamment en ce qui concerne le financement. Elle peut se financer via une prime individuelle uniforme, des primes individuelles différenciées ou des pourcentages de salaire. L'obligation de cotisation peut concerner toute la population ou seulement une partie de celle-ci.

2.2 Vue d'ensemble des options de répartition des tâches et de financement

Le tableau (14) ci-dessous présente de manière synthétique les options de financement et de répartitions des tâches discutées dans les paragraphes précédents:

Tableau 14 : Vue d'ensemble des options de financement et de leurs répercussions

Options	Répartition des tâches et du financement	Transferts de charges	Répercussions
Augmentations d'impôts :			
Statu quo	Pas de changement dans la répartition des tâches entre la Confédération et	Aucun	Forte hausse des coûts pour les soins de longue durée dès 2030

	les cantons Augmentations d'impôts (cantons, communes), augmentations de primes (AOS) nécessaires		environ, principalement financée par l'augmentation des impôts directs au niveau des cantons et augmentation des primes dans l'AOS
Contribution accrue de la Confédération aux soins de longue durée	Création d'une nouvelle tâche commune et pilotage du subventionnement des coûts des soins de longue durée par la Confédération (au moyen de conventions-programme)	Soulagement des finances cantonales Charge supplémentaire et neutralité budgétaire du financement au niveau fédéral	Augmentation des impôts au niveau fédéral
Prise en charge de la tâche des soins de longue durée et financement par la Confédération	Compétence complète de la Confédération dans l'accomplissement des tâches et abandon de l'accomplissement des tâches par les cantons	Réorganisation fondamentale et neutre sur le plan du budget dans la répartition des tâches et du financement entre la Confédération et les cantons dans le cadre d'un deuxième paquet de mesures RPT	Soulagement des budgets cantonaux Financement de la nouvelle charge pour la Confédération par une augmentation d'impôts au niveau fédéral et/ou une nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons avec un transfert des impôts directs des cantons à la Confédération

Options	Répartition des tâches et du financement	Transferts de charges	Répercussions
Assurance des soins :			
Modèle A	Les coûts d'assistance qui étaient financés pour l'essentiel par les particuliers sont désormais couverts par une assurance Pilotage de l'accomplissement des tâches par une assurance et les cantons principalement	Soulagement des particuliers nécessitant des soins au détriment de la nouvelle assurance, laquelle est également financé par les particuliers	Nouveau financement des primes et ainsi développement limité de l'État social

Modèle B	Les prestations de soins de l'AOS sont transférées à l'assurance des soins Pilotage de l'accomplissement des tâches par une assurance principalement	Soulagement des cantons et de l'AOS principalement, au détriment de la nouvelle assurance	Transfert du financement des primes de l'OKP à la nouvelle assurance
Modèle C	Les prestations de soins de l'AOS et d'assistance sont transférées à l'assurance des soins Pilotage de l'accomplissement des tâches par une assurance principalement	Soulagement des cantons, de l'AOS et des particuliers principalement, au détriment de la nouvelle assurance	Transfert du financement des primes de l'OKP à la nouvelle assurance et nouveau financement des primes des coûts d'assistance

2.3 Evaluation des variantes de répartition des tâches et de financement

Nous allons analyser ci-après les répercussions en matière de politique sociale, financière et économique des diverses variantes de répartition des tâches et de financement (avec augmentation des impôts et assurance des soins). Le facteur coût-bénéfice à l'échelon de l'administration et la création ou l'adaptation d'interfaces sont des aspects qu'il faut également apprécier.

2.3.1 Répercussions en matière de politique sociale

L'option « Maintien du statu quo » conduirait à un renforcement du régime de financement actuel. Tant l'orientation de politique sociale du financement par les impôts que le financement par les cotisations seraient conservés. Avec l'impôt sur les successions, les cantons disposeraient en outre d'un substrat fiscal qui n'est pas épuisé à l'heure actuelle. Des modifications de l'imposition cantonale sur les successions pour financer partiellement les coûts futurs des soins de longue durée peuvent être considéré comme favorables du point de vue de la politique de répartition. En effet, on allégerait ainsi la charge fiscale générale, laquelle serait remplacée par une ponction fiscale plus forte sur les successions.¹³²

Avec les options « Participation financière accrue de la Confédération » et « Transfert des compétences des cantons à la Confédération » les impôts cantonaux seraient remplacés par des impôts fédéraux. Dans la mesure où, actuellement, il faut admettre que la Confédération comblerait le déficit de financement par une augmentation de la TVA (cf. plus bas), il faut s'attendre à des effets de répartition globalement plus défavorables qu'avec le maintien du statu quo. Les ménages à haut revenu subiraient une charge moins élevée que les ménages à revenu modeste, lesquels seraient, par contre, comparativement davantage imposés. L'intégration de la TVA dans le financement des soins de longue durée pourrait générer un effet de répartition potentiellement plus défavorable que le maintien du statu quo. La situation devrait être examinée quelque peu différemment si l'option du transfert de compétences des cantons à la Confédération devait être financée par une combinaison de répartition des tâches entre la Confédération et les cantons ainsi qu'une remise du substrat fiscal des cantons à la

¹³² Crédit Suisse (2015) : <https://www.credit-suisse.com/ch/fr/about-us/media/news/articles/media-releases/2015/06/fr/schweizer-pflegeheimmarkt-2015.html>.

confédération. Dans ce scénario, aucun changement notable ne devrait intervenir au niveau des effets de répartition par rapport au statu quo.

Le modèle A d'une assurance des soins « Couverture des coûts d'assistance » prévoirait la couverture par une assurance des soins de coûts relevant principalement des particuliers à l'heure actuelle. Les personnes avec des coûts d'assistance élevés qui n'ont aujourd'hui aucun droit à des prestations complémentaires seraient le plus soulagées. La charge financière incomberait au nouveau collectif d'assurés. Le montant de répartition serait cependant relativement faible par rapport aux coûts totaux des soins.

Avec le modèle B d'une assurance des soins « Couverture des prestations de l'AOS », la part financée par l'impôt des cantons et la part financée par les primes de l'AOS seraient transférées à l'assurance des soins. Les répercussions en matière de politique sociale de l'introduction de l'assurance des soins dépendraient de la manière dont les primes d'assurance (primes par personne uniformes ou en fonction du revenu ou pourcentage du salaire) seraient prélevées (de manière linéaire ou progressive en fonction du revenu, selon l'âge ou non, etc.). Avec l'assurance des soins Modèle B, 60 % des coûts totaux des soins de longue durée seraient couverts. Dans la mesure où il faut s'attendre à ce que les coûts des soins de longue durée augmentent plus fortement que la totalité des coûts de l'assurance-maladie obligatoire en raison de l'évolution démographique, un collectif restreint d'assurés (pour les soins) supporterait, par rapport au statu quo, une charge financière de plus en plus lourde

Le modèle C d'une assurance des soins (combinaison de A et B) est une solution d'assurance complète. Les frais de soins et ceux de l'assistance correspondante seraient pris en charge par l'assurance des soins. 70 % des coûts totaux seraient ainsi financés. Le fait, qu'outre les prestations AOS, les frais d'assistance sont également couverts par l'assurance des soins augmente l'effet de répartition au détriment des assurés.

Pour l'évaluation de politique de répartition, les modèles B et C assortis d'un financement par des cotisations salariales ou des cotisations individuelles en fonction du revenu présentent des avantages par rapport à des primes uniformes ou en fonction de l'âge. Toutefois, les effets socio-politiques indésirables de primes individuelles uniformes pourraient être largement évités par un système de réduction des primes analogue à la réduction individuelle des primes (RIP) pour l'AOS. Etant donné que les budgets des cantons seraient sensiblement déchargés financièrement dans cette variante, il y aurait lieu d'examiner la possibilité de prestations compensatoires correspondantes, comme par exemple la prise en charge des coûts pour un système de réduction des primes par les cantons. Il faut partir du principe que, tant qu'aucun correctif socio-politique n'est appliqué, la suppression du financement par l'impôt et la mise en place d'une solution d'assurance allègerait la charge des personnes à hauts revenus et, en contrepartie, grèverait plus fortement celles à bas revenus.

2.3.2 Répercussions en matière de politique financière

Le maintien du statu quo signifie que le principe de l'équivalence fiscale serait respecté : les cantons et les communes, qui sont responsables du pilotage des soins dans le domaine des soins de longue durée, devraient continuer à assumer, dans une large mesure, les conséquences financières de leurs choix politiques. Etant donné que l'on estime que la charge financière des soins de longue durée pour les cantons et les communes atteindra d'ici 2045 l'équivalent de 8.3 %, respectivement 3.6% d'impôts supplémentaires (exprimé en pourcentage des recettes fiscales), il est possible que l'évolution qui se dessine à long terme pour ces échelons de l'État ne soit plus considérée comme gérable au niveau politique. En exploitant davantage le substrat fiscal cantonal des recettes sur les successions, les cantons disposent toutefois d'un instrument de financement qui serait susceptible de limiter - en partie du moins - l'augmentation prévue des impôts. Ceci est d'autant plus vrai que, d'un point de vue économique, un impôt sur les successions comporte relativement peu d'effets de distorsion.

Avec l'option « Contributions accrues de la Confédération aux soins de longue durée », une nouvelle tâche commune serait créée de fait, avec des compétences partagées entre la Confédération et les cantons. Une telle évolution serait contraire aux efforts fournis dans le cadre de la RPT, qui consiste à établir des responsabilités claires dans l'accomplissement des tâches et le financement. Ceci serait également valable si la Confédération participait à la gestion en concluant des conventions-programmes avec les cantons. De plus, une telle variante n'aurait de sens que si la contribution financière de la Confédération était d'un montant substantiel. Pour financer, par exemple, 30 % du déficit cantonal et communal de cette manière, la contribution fédérale s'élèverait en 2045 à presque 2 milliards de francs (corrigés de l'inflation). Le contre-financement nécessaire à l'échelon fédéral ne pourrait être obtenu que par une augmentation des impôts. Priorité serait donnée, comme dans les autres domaines de l'aide sociale, à une hausse de la TVA.

En cas de mise en œuvre de la variante « Compétence de la Confédération pour les soins de longue durée », la répartition des tâches et des recettes entre la Confédération et les cantons serait fondamentalement modifiée en Suisse ; la souveraineté fiscale des cantons et des communes serait, en particulier, dévalorisée. Elle serait également liée à des risques considérables pour les finances publiques, car il serait difficile, pour des raisons objectives, d'assurer le nécessaire et complet équilibre financier, tant pendant l'année de transition que par la suite. De l'avis du Conseil fédéral, cette option ne pourrait être envisagée que s'il existait des signes sérieux que les cantons et les communes soient dépassés par l'accomplissement des tâches relatives aux soins de longue durée et que des règles fédérales soient inéluctables. Ce n'est que dans ces circonstances qu'une telle démarche serait compatible avec le principe constitutionnel de subsidiarité.

Avec la mise en place d'une assurance obligatoire des soins selon les modèles B ou C, les cantons et les communes seraient sensiblement épargnés par la forte charge prévue en raison de l'évolution future des coûts pour les soins de longue durée. Pour cette raison, la question d'une prise en charge complète des coûts des réductions des primes nécessaires par les cantons se pose également. Avec cette variante, les compétences actuelles en matière d'accomplissement des tâches ne seraient pas fondamentalement modifiées. Les cantons et les communes resteraient responsables des EMS. En outre, la Confédération n'aurait aucune nouvelle charge à assumer.

2.3.3 Répercussions en matière de politique économique

Du point de vue économique, il est difficile d'évaluer le maintien du statu quo. Les quotes-parts fiscale et d'Etat, en forte hausse pour des raisons structurelles, pourraient influencer négativement l'économie globale si elles atteignent l'ampleur prévue. Dans l'ensemble, il faudrait s'attendre à ce que des augmentations d'impôts - difficilement évitables pour les cantons et les communes - se répercutent principalement sur les impôts directs des personnes physiques. Cette forte hausse progressive des impôts directs pourrait générer, pour une partie de la classe moyenne, une pression financière. Cet effet pourrait en partie être compensé par l'introduction ou l'augmentation d'impôts cantonaux sur les successions.

Si une nouvelle contribution fédérale aux soins de longue durée était versée afin de décharger les cantons et les communes et si celle-ci était financée par une augmentation de la TVA, les coûts des soins de longue durée qui n'étaient pas couverts le seraient principalement par une augmentation des impôts communaux et cantonaux sur le revenu et la fortune ainsi que par un ajustement vers le haut de la TVA fédérale. Du point de vue de la politique économique, cette variante pourrait donc donner des résultats légèrement meilleurs par rapport au statu quo. Cette évaluation légèrement plus favorable résulte du fait que la TVA présente un effet de distorsion globalement plus faible que les impôts directs

Quant à l'option « Reprise par la Confédération de la compétence pour les soins de longue durée », on peut imaginer de nombreuses variantes. Dans ce contexte, il faudra répondre à certaines questions en suspens. Il est probable que la Confédération se verrait contrainte d'augmenter ses impôts quelques années à peine après la reprise de ces tâches, compte tenu de la forte dynamique des dépenses. Du point de vue actuel, la TVA serait probablement privilégiée. Les autres impôts fédéraux ne se prêtent pas au financement de dépenses augmentant fortement pour des raisons structurelles. Le Conseil fédéral rejette un impôt fédéral sur les successions pour des raisons essentiellement politiques. Les revenus des successions représentent un substrat fiscal traditionnel des cantons et des communes. A long terme, cette option, davantage financée par la TVA, devrait, du point de vue de la politique économique, donner de meilleurs résultats que le statu quo avec un financement par les impôts cantonaux directs principalement. La principale raison en est que la TVA présente un effet de distorsion globalement plus faible.

Du point de vue de la politique économique, il est difficile d'évaluer la variante d'assurance obligatoire des soins. Si le financement des dépenses d'assurance devait s'effectuer par des cotisations salariales en fonction du revenu, les répercussions économiques globales seraient particulièrement négatives, surtout en comparaison avec les variantes avec contribution par personne, selon l'âge ou selon le revenu également. Cela est principalement dû à l'imposition supplémentaire du facteur de production travail, lequel devrait, de par l'ampleur des charges, être pris considération économiquement. C'est pourquoi les cotisations uniformes par personne devraient être privilégiées d'un point de vue économique.

2.3.4 Répercussions sur l'administration et les interfaces

Le maintien du statu quo a pour effet de ne rien changer aux aspects de transparence et de volume des tâches administratives dans le système. Il faut toutefois mentionner que le financement - aujourd'hui très diversifié - des soins de longue durée est (très) difficilement compréhensible. De ce point de vue, il conviendrait donc de favoriser des options qui simplifient le système.

Avec l'option « Contributions accrues de la Confédération aux soins de longue durée », il faut penser que chaque tâche commune génère automatiquement des doublons dans les administrations fédérale et cantonales. Avec l'option « Transfert des compétences des cantons à la Confédération », le pilotage des soins de même que le financement seraient transférés à la Confédération. De plus, une réforme complète du système des soins de longue durée deviendrait nécessaire. Une telle option ne serait réalisable que dans le cadre d'un examen approfondi de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Cela générerait donc, dans un premier temps, des coûts de transaction qu'il ne faudrait pas sous-estimer. A long terme, il deviendrait en revanche possible de supprimer des interfaces et de réduire les charges administratives grâce à une organisation plus unifiée du système.

La mise en place d'une assurance des soins générerait, en fonction du modèle retenu, de nouvelles interfaces. Avec le modèle A « Assurance des soins couvrant les coûts d'assistance », il faut subdiviser les prestations d'assistance en deux catégories : prestations prises en charge par l'assurance des soins et prestations continuant à être facturées aux personnes bénéficiant de l'assistance. Il en résulterait de nouvelles catégories et une complexité accrue pour la saisie des prestations. La charge administrative liée au modèle B « Assurance des soins couvrant les prestations de l'AOS » dépendrait de l'éventail des prestations transférées vers la nouvelle assurance des soins. S'il s'agissait de toutes les prestations de soins en EMS ou à domicile et si l'assurance comprenait aussi le financement résiduel, on pourrait supprimer une interface imprécise. L'externalisation d'une partie seulement des prestations de soins de l'AOS vers une assurance des soins compliquerait l'administration. Le modèle C « Combinaison de A et B » aurait, pour les raisons exposées, différents effets en ce qui concerne les frais d'exécution.

Dans le rapport de recherche établi en vue du nouveau régime de financement des soins¹³³, la mise en place d'une assurance des soins est jugée de manière plutôt négative pour ce qui est de la transparence et des charges administratives supplémentaires par rapport à un statu quo. Une assurance supplémentaire, l'assurance des soins, renforcerait encore la dispersion de notre système, déjà complexe, d'assurances sociales. Cet argument est, en principe, encore valable aujourd'hui et serait, en cas de poursuite éventuelle de cette option, à prendre au sérieux.

2.4 Autres variantes de financement

2.4.1 Elargissement du pilier 3a à la couverture des frais de soins

Avec le postulat 14.3912 « Elargir le pilier 3a à la couverture des frais de soins »¹³⁴, le Conseil fédéral est chargé d'examiner si l'utilisation des fonds du pilier 3a peut être étendue à la couverture des frais de soins liés à l'âge. Parallèlement au pilier 3a existant, une épargne facultative et bénéficiant d'un privilège fiscal pour les soins liés à l'âge pour s'assurer de la couverture de prestations non prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire, doit être définie avec des règles claires. Une loi devrait être adoptée pour cette nouvelle prévoyance facultative en matière de soins. De surcroît, il convient d'examiner si l'on pourrait renoncer, pour une telle affectation, à la condition d'exercice d'une activité salariée ou d'une activité indépendante.

Le Conseil fédéral a examiné la question soulevée par le postulat (annexe 1) et parvient à la conclusion suivante :

- Sur la base du droit constitutionnel en vigueur, le pilier 3a pourrait être élargi au financement des frais de soins pour les personnes âgées. Cette option serait également envisageable pour les personnes sans activité lucrative.
- La prévoyance professionnelle est déjà très complexe. Avec l'introduction de nouvelles dispositions légales spécifiques, la prévoyance professionnelle deviendrait encore plus compliquée. Une révision majeure de la LPP s'imposerait en cas d'ouverture du pilier 3a aux personnes sans activité lucrative. Elle concernerait les aspects techniques de certaines dispositions, d'une part, et affecterait intrinsèquement les principes fondamentaux de la prévoyance professionnelle, d'autre part.
- Pour la couverture des frais de soins aux personnes âgées, un nouveau cas de prévoyance « frais de soins » devrait être défini. Des vérifications approfondies seraient nécessaires à la mise en œuvre d'une solution pragmatique. Les prestations du pilier 3a élargi devraient également être coordonnées avec celles de l'assurance-maladie et avec les prestations complémentaires, ce qui augmenterait davantage encore la complexité.
- En prenant en charge ces nouvelles tâches, les institutions du pilier 3a s'éloigneraient de leur mission actuelle dans le secteur de la prévoyance professionnelle. Elles ne sont pas équipées pour gérer ce genre de tâches et devraient acquérir des connaissances spécifiques (ou se les procurer auprès de tiers), ce qui impliquerait des coûts administratifs plus élevés. Il faudrait vérifier si le rapport prix-prestation de ces nouvelles missions pourrait se maintenir dans des limites raisonnables et s'il serait sensé, dans l'absolu, de confier aux institutions du pilier 3a des tâches dans le domaine des soins.

¹³³ Iten, Rolf, Hammer, Stephan (2003): Finanzierung der Pflege, Zurich, publié dans la série Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung en septembre 2005. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06392/06517/index.html?lang=fr>.

¹³⁴ Postulat 14.3912 Eder Joachim, Elargir le pilier 3a à la couverture des frais de soins : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20143912>.

- En cas notamment de dissolution anticipée de la relation de prévoyance, des adaptations s'imposeraient et devraient être coordonnées avec les accords de l'UE et de l'AELE sur la libre circulation. Les vérifications requises en cas départ définitif de Suisse représenteraient pour les institutions du pilier 3a une charge de travail et des coûts supplémentaires. De plus, l'introduction d'une procédure de contrôle devrait être examinée.
- Seul un très petit nombre de contribuables - soit ceux qui peuvent de toute façon financer les frais de soins - pourrait profiter d'un pilier 3a élargi. Les personnes qui ont besoin de moyens pour payer les frais de soins n'en retireraient aucun avantage.
- En outre, malgré les économies fiscales, l'attrait d'un pilier 3a élargi serait limité pour les assurés, car les possibilités d'utilisation du pilier 3a existant sont plus variées (possibilité d'un versement anticipé ou de mise en gage des fonds pour l'encouragement à la propriété notamment).
- Avec l'élargissement proposé du pilier 3a, les prestations complémentaires ne pourraient être allégées que de manière limitée. Les économies réalisables s'élèvent à 12,8 millions de francs pour ce qui est des prestations complémentaires périodiques. Les cantons qui paient l'intégralité des frais de maladie bénéficieraient d'un allègement avoisinant le million.
- Outre les dispositions légales en matière de prévoyance, la législation fiscale devrait également être adaptée en conséquence. À cet égard, il serait important notamment de déterminer le montant de la déduction et le groupe cible susceptible de bénéficier de cette déduction fiscale. Les travaux en la matière pourraient être considérables. En ce qui concerne la déductibilité fiscale des cotisations pour les contrats de prévoyance en lien avec la couverture des frais de soins pour les personnes âgées, le droit fiscal devrait prévoir une nouvelle déduction. Il faut préciser que chaque nouvelle déduction rend le droit fiscal plus complexe encore et va à l'encontre du souhait exprimé par le Parlement de simplifier le système fiscal en n'autorisant qu'un nombre restreint de déductions. Selon les estimations, l'élargissement du pilier 3a conduirait à une perte de recettes fiscales très élevée, avoisinant les 550 à 600 millions de francs aux trois niveaux de l'Etat (Confédération, cantons et communes). Rien qu'au niveau fédéral, il faudrait compter avec une perte de 265 millions. Les pertes de recettes fiscales du pilier 3a estimées à ce jour entre 1,2 à 1,3 milliards de francs augmenteraient de moitié avec un élargissement du pilier 3a. Le Conseil fédéral considère que le rapport coûts/bénéfice de la mesure n'est pas acceptable. C'est pourquoi il la rejette.

2.4.2 Assurance des soins et protection de la fortune individuelle

Le postulat 14.4165 « Soins de longue durée. Examiner la création d'une assurance pour protéger la fortune individuelle ! » du 11 décembre 2014, adopté par le Conseil national le 2 juin 2015, charge le Conseil fédéral de présenter un rapport sur une assurance obligatoire des soins de longue durée axé sur les questions de son financement, en tenant compte notamment du système de capitalisation.

Les projections des dépenses incluent une estimation des coûts à la charge des pouvoirs publics et des assurances sociales à l'horizon 2045. Un éventuel maintien du statu quo rendra inévitables des hausses d'impôts du seul fait du surcoût des soins de longue durée, notamment au niveau cantonal et communal, ainsi que des cotisations supplémentaires aux assurances sociales. On peut certes prévoir que le maintien du régime actuel peut être assumé pendant un certain temps encore. Toutefois, la question du niveau des capacités de financement aux deux niveaux étatiques pourrait se poser vers 2030.

L'évolution des frais de soins peut être influencée du côté de la demande par la prévention sanitaire et du côté de l'offre, par une meilleure efficacité des fournisseurs de prestations. La méthode sur laquelle se base le financement des prestations d'assurance ne devrait cependant affecter les coûts de la fourniture des prestations que de manière limitée. Peu importe que l'on utilise le système de financement par répartition ou par capitalisation, les coûts de l'assurance devraient être couverts par les primes. Un droit à des réductions individuelles de primes devrait être accordé, de manière analogue à l'assurance-maladie, aux assurés de condition économique modeste.

Les soins de longue durée sont aujourd'hui financés pour l'essentiel par des fonds publics, ainsi que par l'assurance obligatoire des soins qui est à l'origine du système de répartition. En cas d'application du système de capitalisation, il faudrait partir du principe que chaque assuré possède un compte individuel qu'il approvisionne et dont il peut disposer le jour où il devient tributaire d'une aide externe. On peut déduire du titre du postulat « protéger la fortune individuelle » que les cotisations versées en trop continuent de faire partie de l'avoir de l'assuré et devront profiter aux héritiers. En contrepartie, il n'est toutefois pas clair dans quelle mesure les pouvoirs publics doivent prendre à leur charge des soins de longue durée si les cotisations versées par l'assuré ne suffisent pas à couvrir les frais. Ce cas de figure n'est pas propre aux personnes de condition économique modeste. Même un capital important ne tarde pas à être épuisé dès lors que des soins et une assistance intensifs sont nécessaires. Du reste, un système de financement des soins aux personnes âgées par capitalisation soulève plusieurs questions qui se posent dans les mêmes termes et appellent donc a priori les mêmes réserves que pour le financement par élargissement du pilier 3a (Annexe 1).

Les recherches préalables à la mise en place du nouveau financement des soins ont montré qu'un financement de l'assurance des soins par les seules primes créerait une charge supplémentaire massive pour les assurés et pèserait sur la solidarité entre « jeunes » et « vieux ». ¹³⁵ Depuis la RPT instaurée en 2008, la Confédération participe davantage au financement des prestations complémentaires périodiques (PC annuelles). Ses contributions représentent environ 91 % du total des PC versées. Les 9 % restants représentent la part des prestations complémentaires aux frais de maladie et d'invalidité (PC à l'AVS et à l'AI), auxquels la Confédération a cessé de contribuer depuis l'entrée en vigueur de la RPT. L'introduction d'une assurance de soins n'entraînerait globalement qu'une faible diminution des prestations complémentaires. En 2013, les PC à l'AVS pour frais de maladie s'élevaient à 235 millions ¹³⁶. La plupart de ces prestations ne concernaient pas les soins de longue durée et finançaient des quotes-parts à l'assurance-maladie et des traitements dentaires ¹³⁷. Les PC ne seraient que peu allégées par l'introduction d'une assurance de soins parce que les cantons, dans leur grande majorité, règlent le financement résiduel des soins en dehors du système des PC.

2.5 Conclusion

Les projections des dépenses jusqu'en 2045 montrent que dans le domaine des soins de longue durée, les budgets publics et les assurances sociales vont être confrontés à d'importants besoins de financement. On prévoit pour 2045 un supplément de charges de 4,9 milliards de francs pour les cantons et de 1,3 milliard et 0,5 milliard de francs pour les communes et la Confédération, respectivement. Des projections quant aux coûts des soins de longue durée jusqu'en 2040 figuraient déjà dans le message du Conseil fédéral du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins. Une comparaison indique que

¹³⁵ Iten, Rolf, Hammer, Stephan (2003): Finanzierung der Pflege, Zurich, p. 8. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06392/06517/index.html?lang=fr>.

¹³⁶ Office fédéral des assurances sociales : Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2013, tableaux détaillés, pp 14s.

¹³⁷ Office fédéral des assurances sociales : Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2013, tableaux détaillés, p. 43.

les projections actuelles dans le scénario de référence prévoient une croissance des dépenses des soins de longue durée plus faible que les projections de 2005.

Toutefois, les projections en matière de dépenses montrent également qu'il n'y a pas besoin d'intervenir dans l'immédiat en ce qui concerne la question du financement. Un tel besoin devrait survenir autour de 2030 seulement. Le Conseil fédéral estime donc qu'aucun changement de cap ne s'impose dans le financement des coûts des soins à l'heure actuelle.

Les réflexions formulées sur les différentes possibilités d'action indiquent également que toutes les variantes seraient liées, plus ou moins fortement, à des avantages et désavantages. Le Conseil fédéral est le plus critique avec l'option d'une prise en charge de la tâche des soins et du financement des soins par la Confédération. D'un point de vue macroéconomique se pose enfin la question de savoir si l'on ne devrait pas, dans la foulée, transférer à la Confédération la compétence pour le financement hospitalier, vu que celui-ci recèle un potentiel d'augmentation de l'efficacité bien supérieur à celui des soins de longue durée. Les interdépendances entre les deux tâches de politique sanitaire et sociale sont si étroitement liées que la Confédération et l'AOS ne pourraient atteindre les synergies et les améliorations nécessaires du pilotage que par une reprise intégrale des tâches relevant du domaine hospitalier et des soins. Il est difficile d'estimer dans quelle mesure la fourniture des prestations s'en trouverait améliorée par rapport aux résultats obtenus sous le régime cantonal. Les répercussions sur la répartition fédérale des tâches et du financement entre la Confédération et les cantons sont déjà profondes avec la seule prise en charge, par la Confédération, des soins et du financement des soins (sans le domaine hospitalier), de sorte qu'il y a lieu d'émettre, du point de vue actuel du moins, d'importantes réserves.

Pour définir le futur régime de financement des soins, divers modèles de financement ont été analysés avec l'aide d'un bureau d'études et l'implication des principales parties prenantes. Deux modèles d'assurance des soins ont notamment retenu l'attention, l'un couvrant les prestations AOS et un autre couvrant la totalité des prestations de soins (analogue au modèle B ci-dessus). En raison de la charge financière excessive que l'astreinte à la cotisation ferait peser sur le collectif d'assurés de plus de 50 ans et du risque de désolidarisation entre personnes jeunes et âgées, cette piste n'a pas été poursuivie. Si l'option d'une assurance des soins est envisagée dans la perspective d'une future solution de financement, l'objectif de la redistribution doit être clairement défini.

Par conséquent, plusieurs possibilités de solutions envisageables de financement et de répartitions des tâches sont ouvertes : le maintien du statu quo ou les alternatives susmentionnées (y compris une assurance des soins). Les options montrent comment les charges financières croissantes dans le domaine des soins de longue durée pourraient être réparties à l'avenir. Cependant, elles ne constituent pas des mesures explicites qui pourraient endiguer la croissance des charges et réduire la charge financière. Du point de vue actuel, le Conseil fédéral rejette l'idée d'un élargissement du pilier 3a pour couvrir les frais liés aux soins. Le rapport coûts/bénéfices d'une telle mesure peut être considéré comme très défavorable. Ni la Confédération, ni les cantons et les communes ne peuvent se permettre les importantes pertes de recettes fiscales qui en découlent.

Partie IV Tâches et objectifs des pouvoirs publics

Le Conseil fédéral s'est exprimé sur le cadre légal constitutionnel des soins dans son message du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins.¹³⁸ La Constitution fédérale suisse ne contient qu'une disposition qui fait explicitement référence aux soins, respectivement au besoin en soins : en vertu du but social ancré dans l'art. 41, al. 1, let. b, Cst., 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. Dans le domaine des soins de longue durée, la Confédération et les cantons ont des tâches à accomplir en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée.

1 Tâches de la Confédération

1.1 Assurances sociales

Les tâches de la Confédération dans le domaine des assurances sociales (AVS, AI, AA, PC, AOS, AC) sont réglées par les art. 111ss, Cst., sur lesquels se fonde la législation. Le 13 juin 2008, les Chambres fédérales ont adopté une nouvelle réglementation du financement des soins. Dans le message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, on trouve un exposé complet des prestations primaires et secondaires de soins prises en charge par les assurances sociales. Sont concernées l'AOS, l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et les prestations complémentaires (PC). Le nouveau financement des soins règle notamment la répartition des coûts des soins et leur prise en charge par l'AOS, par les assurés et par les cantons.

1.2 Professions médicales et de la santé

L'art. 117a, al. 2 let. a, Cst., charge la Confédération de légiférer sur la formation de base et la formation spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base et sur les conditions d'exercice de ces professions.

La qualité de la formation et l'exercice des professions dans l'intérêt de la santé publique, qui se fondent sur les bases constitutionnelles correspondantes, sont encouragés par : la loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy, fondée sur les art. 95, al. 1 et 97, al. 1, Cst.), la LPMéd (fondée sur l'art. 95, al. 1, Cst.) ainsi que par la LPSan¹³⁹ (fondée sur l'art. 117a, al. 2, let. a, Cst.) proposée par le Conseil fédéral.

1.3 Formation

Les art. 63a, 64, al. 2, 66, al. 1, et 95, al. 1, Cst., sont à la base de la loi fédérale sur l'encouragement des hautes écoles et la coordination dans le domaine des hautes écoles (Loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles, LEHE)¹⁴⁰ du 30 septembre 2011. L'art. 63, Cst. constitue la base constitutionnelle pour la loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr) du 13 décembre 2002.¹⁴¹ La loi fédérale sur la formation continue (LFCo) du 20 juin 2014, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017, se fonde sur les art. 61a, al. 2, 63a, al. 5 et 66, al. 2, Cst.¹⁴² Les lois mentionnées, ainsi que d'autres, énoncent des exigences de formation et d'exercice de l'activité professionnelle qui s'appliquent aussi aux professionnels de la santé.

¹³⁸ FF 2005 1911.

¹³⁹ Cf. FF 2015 7925 pour le message concernant la LPSan et FF 2015 7989 pour le projet de loi du Conseil fédéral.

¹⁴⁰ RS 414.20.

¹⁴¹ RS 412.10.

¹⁴² RS 419.1, cf. RO 2016 689. De plus amples informations sur la LFCo sont disponibles sur le site du Secrétariat

1.4 Travail

L'art. 110, Cst., donne à la Confédération la compétence de légiférer sur la protection des travailleurs, sur les rapports entre employeurs et travailleurs, notamment la réglementation en commun des questions intéressant l'entreprise et le domaine professionnel, sur le service de placement et sur l'extension du champ d'application des conventions collectives de travail.

2 Tâches des cantons

Les cantons ont la responsabilité de garantir les soins de santé publique. Ils doivent entre autres veiller, de concert avec les communes, à ce que la couverture en soins médicaux et infirmiers soit suffisante et économiquement supportable, ce qui inclut la mise à disposition de l'infrastructure nécessaire (p. ex., hôpitaux et EMS) ainsi que l'encouragement de l'aide et des soins à domicile (Spitex). Les cantons délivrent aussi les autorisations de police sanitaire aux fournisseurs de prestations, condition préalable à l'autorisation de pratiquer à la charge de l'AOS. Ils veillent ainsi à l'infrastructure médicale nécessaire. La surveillance des fournisseurs de prestations incombe également aux cantons dans le cadre de leurs compétences de police sanitaire.

La prévention sanitaire constitue également une tâche des cantons pour toutes les prestations de prévention spécifiques non inscrites dans une « liste positive » de l'OPAS et non remboursées par l'AOS. En outre, tous les cantons sont représentés au sein de l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS), qui contribue à la coordination et au développement de la promotion de la santé en Suisse.¹⁴³

3 Tâches communes de la Confédération et des cantons

En vertu du but social ancré dans l'art. 41, al. 1, let. b, Cst., 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. Dans son message du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, le Conseil fédéral s'exprime sur le cadre légal constitutionnel des soins et constate que la situation de dépendance s'accompagne en général d'un besoin qualifié de protection des personnes concernées. Ce besoin, précise-t-il, souligne l'importance de l'objectif social qui, en tant que maxime d'action du droit constitutionnel formel, lie aussi le législateur.

Après l'acceptation par le souverain de l'arrêté fédéral sur les soins médicaux de base le 18 mai 2014, le nouvel art. 117a, Cst., prévoit que la Confédération et les cantons doivent veiller, dans le cadre de leurs compétences respectives à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de haute qualité. Dans son message du 16 septembre 2011 concernant l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille », le Conseil fédéral déclare à propos de l'objectif de son contre-projet (lequel a été accepté par la suite en votation populaire) que, face à l'évolution démographique et aux défis que le système de santé est appelé à relever en conséquence (davantage de malades chroniques ou d'affections multiples), ce système doit évoluer à l'avenir vers des nouvelles formes interprofessionnelles de soins intégrés. Le Conseil fédéral voit dans la collaboration étroite entre les différentes professions de la santé un élément essentiel pour atteindre cet objectif. La Confédération doit aussi pouvoir soutenir les différents acteurs dans le développement et la coordination des soins médicaux de base. De plus, elle doit prendre des mesures appropriées pour garantir la qualité des prestations. Les compétences de la Confédération et des cantons restent donc inchangées pour l'essentiel, la garantie des soins médicaux restant du ressort des cantons. La collaboration étroite et la

d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI): <http://www.sbf.admin.ch/themen/01366/01382/01388/index.html?lang=fr>.

¹⁴³ http://www.vbfg-arps.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=vbfg&page_id=home&lang_iso639=fr.

mise en réseau des professionnels de la santé doit permettre d'assurer la qualité des traitements administrés aux patients.

4 Péréquation financière et répartition des tâches entre Confédération et cantons

L'arrêté fédéral concernant la RPT a été accepté en votation populaire le 28 novembre 2004 par le peuple et les cantons et la Constitution fédérale a été modifiée en conséquence. La RPT est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008. Outre la péréquation des différences entre cantons, la RPT vise aussi à améliorer l'efficacité et agit à deux niveaux pour atteindre ces objectifs : au niveau des finances (péréquation financière au sens strict par compensation mutuelle des ressources et des charges) et au niveau de la répartition et de l'organisation des tâches.

La RPT a introduit une nouvelle répartition des tâches et de leur financement entre la Confédération et les cantons. A cet égard, trois mesures doivent assurer une meilleure efficacité. D'abord, le désenchevêtrement des tâches a permis de réorganiser les relations entre la Confédération et les cantons ; ensuite, de nouvelles formes de collaboration entre la Confédération et les cantons ont été instaurées pour la réalisation de tâches communes ; et enfin, la collaboration entre les cantons a été renforcée. Les tâches des autorités et le financement se retrouvent ainsi en relation et une modification de la répartition des tâches ne peut pas être examinée indépendamment de la question du financement.

5 Conclusion

En vertu de la séparation des compétences prévue à l'art. 3, Cst., le système de santé constitue une tâche publique des cantons. La Confédération assume pour sa part la responsabilité des domaines qui lui sont attribués par la Constitution. Les dispositions fédérales et cantonales régissant le système de santé doivent être harmonisées.

Partie V Effets des options sur la législation

Pour combler le déficit de financement des soins de longue durée prévu pour 2045, on peut envisager différents moyens d'actions (partie III, chap. 2.1).

1 Effets des variantes de financement et de répartition des tâches

Le maintien du statu quo (option a, partie III, ch. 2.1.1.1) n'entraînerait aucun changement de la législation.

1.1 Participation financière accrue de la Confédération aux soins de longue durée

L'option b (partie III, ch. 2.1.1.2) part de l'hypothèse que les prestations et le financement des soins de longue durée selon la LAMal restent inchangés et que les autres assurances sociales n'introduisent aucune prestation supplémentaire pour les soins de longue durée. Pour régler la participation accrue de la Confédération au financement des coûts des soins de longue durée, telle que mentionnée dans la partie III, ch. 2.1.1.2, l'instrument de la convention-programme introduit par la RPT pourrait être retenu.

Une éventuelle augmentation de la part de la Confédération à la couverture des besoins vitaux (art. 9, LPC) jusqu'à 8/8 contre 5/8 actuellement pourrait éventuellement intervenir dans le cadre d'un deuxième train de mesure de la réforme des répartitions des tâches entre la Confédération et les cantons.

1.2 Reprise par la Confédération de la compétence pour les soins de longue durée

L'option c telle que décrite dans la partie III, ch. 2.1.1.3 constitue, nous l'avons dit, une réforme de grande envergure qui ne se justifierait que si l'accomplissement des tâches incombant aux cantons dépassait leurs possibilités et si une réglementation fédérale s'impose pour des raisons objectives. Le financement et le pilotage des prestations de soins stationnaires et ambulatoires ne relèveraient alors plus des cantons mais de la Confédération. C'est à la Confédération que reviendrait en fin de compte la responsabilité générale d'assurer une offre suffisante en prestations de soins de longue durée. Considérée ainsi, cette option ne pourrait être réalisée que moyennant une modification de la Constitution. Elle entraînerait aussi une redistribution conséquente des tâches et des charges entre la Confédération et les cantons dans le cadre d'un deuxième train de mesures RPT étant donné les énormes dépenses en jeu. La neutralité budgétaire pour la Confédération devrait être garantie dans cette option également.

2 Effets des variantes d'une assurance obligatoire des soins (Option d)

Les trois variantes d'une assurance des soins se distinguent au niveau de la combinaison appliquée des prestations assurées. L'assurance des soins selon les modèles A et C devrait considérer l'assistance comme une nouvelle prestation et la rembourser à ce titre. Le modèle B se limite à transférer les prestations de l'AOS à une assurance des soins autonome. Tous ces modèles suscitent des questions identiques ou du moins similaires en ce qui concerne leurs effets sur la législation, à savoir :

- définition de l'obligation de prise en charge pour les coûts d'assistance ;
- obligation d'assurance et personnes assurées ;
- financement ;

- organisation.

Au vu des réflexions menées au ch. 2.5, la création spécifique d'une assurance des soins peut se fonder sur la Constitution.

2.1 Couverture des coûts d'assistance (Modèles A et C)

La notion de « coûts d'assistance » dans le contexte des assurances sociales n'est pas définie à l'heure actuelle et sa définition peut être précise ou plus générale. Elle pose non seulement la question de la définition des prestations, mais aussi celle de la délimitation d'une nouvelle assurance des soins par rapport aux régimes existants. La coordination entre les assurances doit également être assurée.

Outre le catalogue des prestations, il faudrait également déterminer comment fixer les prix ou les tarifs de ces prestations et quelles exigences définir pour les fournisseurs de prestations qui facturent leurs services, notamment dans les cas où la personne assurée ne réside pas dans une institution de soins mais à domicile.

Certaines prestations que l'on peut regrouper sous le terme d'« assistance » sont actuellement rémunérées par des prestations en espèces d'une assurance sociale ou une aide versée par les pouvoirs publics.

2.2 Définition des prestations d'assistance

Le tableau 10 (partie III, ch. 2.1.2.1) contient une liste des prestations de soins de longue durée, à savoir celles prises en charge par l'AOS (soins de base, soins de traitement, examen, conseils et coordination), les autres prestations de l'AOS (traitement médical, autres prestations thérapeutiques, médicaments, moyens et appareils selon LiMA), l'allocation pour impotent selon l'art. 43, LAVS, et l'art. 9, LPGA, pour l'indemnisation de tiers aidant les bénéficiaires dans l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne, les frais de pension pour l'hébergement et la restauration en EMS et les coûts de l'assistance. Il conviendrait de commencer par définir ce que doit inclure, dans une assurance des soins, la nouvelle catégorie de prestations « assistance ».

On peut se baser dans un premier temps sur une description négative. Les prestations d'assistance sont celles qui ne représentent ni des prestations de l'AOS au sens de l'art. 7, OPAS, ni des frais de pension. Pour une description positive, on trouve des exemples de prestations dans le contexte international¹⁴⁴ qui se basent sur une liste d'ADL et d'IADL.¹⁴⁵ Il s'agit de l'aide apportée par des tiers pour les activités de la vie quotidienne que la personne assurée ne peut plus effectuer elle-même. Une partie de ces prestations répond à la définition de l'aide de tiers dans l'accomplissement des actes élémentaires de la vie quotidienne ainsi que des prestations ménagères telles qu'elles sont fournies aujourd'hui par les organisations d'aide et de soins à domicile et financées en partie par l'AVS (allocation pour impotent, API) et par les pouvoirs publics (cantons). De telles prestations sont également fournies dans les EMS.

Le législateur devra décider si l'assurance des soins ne couvrira que les frais d'assistance à domicile ou remboursera aussi ceux en EMS. Les prestations d'assistance remboursées par la nouvelle assurance des soins devraient être définies de manière exhaustive comme le sont les prestations de soins dans l'art. 7, OPAS. On pourrait, par exemple, se baser sur les ADL/IADL d'usage international. Cette démarche pose toutefois des problèmes de délimitation tant au niveau de la description de l'étendue des prestations que de la mise en œuvre, non

¹⁴⁴ [OCDE \(2011\) Help Wanted, p. 11.](#)

¹⁴⁵ <http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/function/lawtonbrody.pdf>.

seulement par rapport aux prestations actuelles de l'AOS et de l'AVS mais aussi et surtout par rapport aux frais de pension en EMS.

2.3 Remboursement des prestations de soins pris en charge par l'assurance des soins

Le droit des assurances sociales prévoit déjà des indemnités pour prestations d'assistance sous la forme d'allocations pour impotent (API) de l'AVS et de l'assurance-invalidité (AI). Contrairement aux prestations de soins de l'AOS, celles de l'AVS et de l'AI ne sont pas fournies en nature au sens de l'art. 14 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)¹⁴⁶, mais sont versées en espèces (art. 15 LPGA). Pour les prestations en espèces, la loi doit fixer uniquement les conditions du droit aux prestations et le montant, mais non le prix des différentes prestations. La prestation en espèces est versée à la personne assurée dès lors qu'elle remplit les conditions. L'assureur ne doit pas s'occuper du montant de l'indemnité versée au « fournisseur de prestations » ni vérifier dans chaque cas si l'argent est vraiment dépensé entièrement à cette fin. Cette disposition se distingue à cet égard de celles de l'AOS. Si des prestations d'assistance venaient à être couvertes par une assurance des soins, il conviendrait de décider sous quelle forme – en espèces ou en nature – elles seraient le plus appropriées. Au bout du compte, les indemnités d'assistance couvriraient au moins en partie les mêmes besoins que l'API, raison pour laquelle la loi (en l'occurrence, la LPGA) devrait aussi régler le rapport entre l'API versée par l'AVS et l'indemnité d'assistance.

2.4 Organisation d'une assurance des soins

Les modèles d'une assurance de soins supposent la création d'une organisation autonome pour les prestations de soins. Les modèles n'excluent toutefois pas d'emblée que l'exécution de cette assurance puisse être partiellement transférée aux assureurs-maladie ou qu'ils puissent se voir accorder la possibilité de l'exécuter. On peut en conséquence envisager deux modèles d'organisation différents :

- La création d'un assureur spécialement chargé de l'assurance des soins (fixation et encaissement des primes, paiement des prestations).
- Un modèle mixte dans lequel les primes seraient fixées par un service central, l'encaissement des primes et le paiement des prestations étant pris en charge par les assureurs-maladie. Ces derniers représenteraient alors uniquement des services d'exécution pour l'assurance des soins, comme les caisses de compensation de l'AVS. Ils ne supporteraient pas les risques de l'assurance.

Ces deux modèles d'organisation présentent des avantages et des inconvénients. Si l'assurance des soins prend en charge uniquement les prestations actuellement assurées par l'AOS (modèle B), le modèle mixte convient mieux, car la prise en charge de ces prestations coûte moins si elle est assurée par les assureurs-maladie que par une nouvelle institution, encore à créer, qui ne se chargerait que des prestations de soins. Pour une assurance des soins qui verserait également une allocation d'assistance, la création d'un assureur spécifique pourrait être une priorité. Toutefois, il faudrait vérifier si l'exécution par l'assurance-maladie ne serait pas plus judicieuse d'un point de vue économique.

¹⁴⁶ RS 830.1.

2.5 Evaluation par rapport au fondement constitutionnel

La Confédération ne peut édicter des lois que dans les domaines dans lesquels la Constitution fédérale lui attribue une tâche (art. 42, Cst.) Il faut donc vérifier si la création d'une assurance des soins peut se fonder sur l'art. 117, Cst.

L'assurance-maladie comprend aujourd'hui déjà des prestations médicales pour les soins de longue durée. Elles sont décrites précisément à l'art. 7, OPAS. L'AOS fournit ses prestations si elles sont rendues nécessaires en raison d'une maladie ou, de manière subsidiaire, d'un accident. En cas de besoin en soins de personnes de grand âge, on ne peut pas toujours distinguer si les soins sont nécessités par l'âge ou à par la maladie.¹⁴⁷ Ceci vaut en particulier pour les prestations de soins de base. Il en va de même pour la prise en charge des coûts d'assistance mentionnés dans le rapport. A un âge avancé, le besoin de telles prestations peut résulter d'une maladie, mais également de l'âge. Actuellement déjà, l'AOS prend en charge des prestations de soins de longue durée rendues nécessaires en raison de l'âge. Une révision de la LAMal permettant l'élargissement de l'obligation de l'AOS de prendre en charge des coûts d'assistance aux personnes dans le cas de soins longue durée pourrait donc se fonder sur l'art. 117, Cst., si les frais encourus par l'assistance dans les cas de soins de longue durée sont dus au fait que la personne ayant besoin de soins en raison de sa maladie ne peut plus entreprendre une tâche donnée.

Dans le domaine de la sécurité sociale, la Confédération dispose de compétences législatives dans le cadre des art. 111-117, Cst. Avant de pouvoir être évaluée de manière définitive, la question de savoir si la Confédération peut mettre en place une assurance des soins autonome en se fondant sur les art. 111-117, Cst., implique de connaître le contenu concret de cette assurance. La mise en œuvre des dispositions de la Constitution fédérale sur la sécurité sociale montre qu'en matière d'organisation et de création, le législateur ne s'est pas laissé guider par le principe de créer une assurance spéciale pour chaque domaine de prestation ou pour chaque risque à assurer. Si cette approche est souvent critiquée (manque de transparence des assurances sociales, interfaces superflues et problèmes de coordination), elle n'est toutefois pas, et c'est le fond de la question, considérée comme contraire à la Constitution. Une démarche pragmatique présente aussi des avantages. C'est ce que démontre l'exemple de l'assurance maternité. L'art. 116, al. 3, Cst., prévoit l'institution d'une assurance maternité. Le législateur n'a pas créé d'assurance maternité autonome mais il l'organise et la finance dans le cadre de l'allocation pour perte de gain. Il n'a donc été nécessaire de créer ni un nouvel organisme d'assurance, ni une cotisation spéciale. La pratique actuelle du législateur lors de la mise en œuvre des dispositions relatives à la sécurité sociale montre donc que la création d'une assurance des soins autonome et l'intégration de prestations de soins et d'assistance dans les assurances sociales actuelles sont toutes deux compatibles avec la Constitution fédérale.

¹⁴⁷ Ceci apparaît d'ailleurs également à l'art. 25a, al. 1, LAMal, qui, contrairement à l'art. 25, al. 1, LAMal, ne mentionne pas la nécessité d'une maladie mais précise seulement que la contribution aux prestations de soins est versée pour les prestations « délivrées sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré ».

Teil VI Perspectives

Pour pouvoir relever avec un maximum d'efficacité les défis que posent les soins de longue durée dans le cadre du vieillissement de la population, la priorité va à des mesures qui permettent de réduire les besoins en soins et d'augmenter l'efficacité de la fourniture des prestations. Aussi, l'amélioration de la santé de la population et la maîtrise de la demande en prestations médicales et de soins ainsi que l'optimisation de la fourniture des prestations sont prioritaires. Ces objectifs peuvent avant tout être atteints par des mesures de prévention et d'approvisionnement. Dans ce contexte, un paquet de mesures correspondant de la Confédération et des cantons est en préparation.

Indépendamment de ce programme de mesures, l'approvisionnement en soins, et avec lui le pilotage des structures de soins de longue durée, devront s'adapter à l'évolution de la demande et des besoins spécifiques. Cette adaptation est un processus continu. Le pilotage dans ce domaine relève de la compétence des cantons. A cette fin, la plupart des cantons, respectivement des communes, ont déjà défini des stratégies qu'il s'agit de compléter et d'adapter à la demande et aux besoins changeants de la population. Les démarches entreprises par la Confédération et les cantons pour recruter des professionnels de la santé et adapter leurs qualifications contribuent à garantir l'approvisionnement en soins.

L'assistance et les soins dispensés par les proches aidants délestent énormément les structures de prise en charge. Les conditions cadres du travail des proches aidants peuvent être améliorées par la mise en œuvre du plan de mesures élaboré par la Confédération et les cantons. Le plan d'action correspondant a été approuvé par le Conseil fédéral le 5 décembre 2014. La mise en œuvre de ces mesures est réalisée en collaboration avec les cantons, les communes et des organisations privées. Une des mesures du plan d'action est l'examen de l'introduction, d'ici l'automne 2016, d'un congé pour tâches d'assistance ou d'autres solutions de soutien aux proches aidants s'occupant de membres de leur famille dans des phases de maladie aiguë, le but étant de prévenir le surmenage et de retarder le transfert du patient dans un EMS. Dans le cadre de la « FKI plus »¹⁴⁸, un programme de promotion 2017-2020, visant à décharger et à soutenir les proches aidants qui exercent en même temps une activité lucrative doit être mis en œuvre. Il est primordial pour le Conseil fédéral que, dans le cadre des tâches susmentionnées, les cantons en particulier assument leur responsabilité dans la prévention en matière de santé et dans l'application des mesures telles que les offres visant à soutenir et à décharger les proches aidants.

L'évolution prévue des dépenses laisse entrevoir que le besoin en financement des soins de longue durée devrait devenir plus aigu à moyen terme. Il reste donc assez de temps pour mener des discussions politiques sur les options à suivre, pour réunir les bases de décision nécessaires ainsi que pour préparer les mesures qui pourraient s'imposer. Dans le débat sur le financement futur des soins, il faut également tenir compte du fait que le domaine de la santé (soins de longue durée non compris) sera lui-même confronté, d'ici 2045, à un problème de financement de bien plus grande ampleur, selon toute vraisemblance, que celui des soins de longue durée.

1 Perspectives à court terme

La Confédération et les cantons conviennent ensemble d'un programme de mesures « Soins de longue durée » à réaliser à brève échéance. Dans un premier temps, il s'agit d'intensifier et d'intégrer plus largement des mesures de prévention déjà appliquées aujourd'hui dans différents cadres, entre autres dans celui de la stratégie nationale de prévention des maladies

¹⁴⁸ Voir à ce propos : Convention entre la Confédération et les cantons sur l'initiative visant à combattre la pénurie de personnel qualifié et sur une meilleure mobilisation du potentiel de main d'œuvre nationale pour la période 2015 – 2018 (« FKI plus »). <https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Fachkraefteinitiative.html>.

non transmissibles (stratégie MNT) approuvée par la Confédération et les cantons. La stratégie MNT prévoit notamment de mettre en place et de renforcer des mesures à court et à long terme destinées à prévenir ou à retarder une nécessité de soins. Il s'agit en premier lieu de mettre à profit de manière plus ciblée et plus efficace les vastes moyens de prévention disponibles à tous les niveaux étatiques tout en utilisant les ressources des milieux privés. En outre, le principe d'équivalence commanderait d'examiner dans quelle mesure les cantons, qui sont responsables de la prévention et profitent dans une large mesure des efforts de prévention (hôpitaux, EMS), pourraient mobiliser des ressources pour le financement ciblé de mesures de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce.

Comme toutes les activités en question ne sauraient commencer simultanément, la Confédération et les cantons se sont mis d'accord sur quelques priorités dont il est entendu qu'elles doivent être intégrées dans des structures existantes. Le deuxième axe consiste à renforcer les soins coordonnés. La coordination entre les divers fournisseurs de prestations augmente aussi bien la qualité que l'efficacité des soins. Des premières mesures ont déjà été prises en vue d'améliorer la coordination et donc la qualité des traitements, par exemple « La sécurité de la médication aux interfaces ». La loi fédérale sur le dossier électronique du patient dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie eHealth Suisse joue un rôle essentiel à cet égard, car elle assure l'échange d'informations importantes entre fournisseurs de prestations et patients.

2 Perspectives à moyen et à long terme

L'évolution prévue des dépenses laisse entrevoir que le problème du financement des soins devrait devenir plus aigu à partir de 2030 environ.

La contribution aux prestations de soins à domicile et en EMS représente aujourd'hui moins d'un dixième des dépenses de l'AOS. La hausse des coûts des soins de longue durée est principalement due à l'évolution démographique. Les projections des dépenses de santé indiquent que, dans les autres domaines de la santé, le vieillissement joue aussi un rôle important, mais pas autant que les facteurs de coûts non démographiques tels que le progrès médico-technique.¹⁴⁹ Les auteurs estiment qu'en Suisse, la dynamique à long terme des dépenses est essentiellement alimentée par le revenu économique global corrigé de l'inflation, soit notamment par les besoins croissants de la population vis-à-vis du système de santé, par le progrès médico-technique ainsi que par la démographie.^{150 151} Malgré les incertitudes liées à l'estimation, force est d'admettre que, en plus des soins de longue durée, la hausse des coûts dans les domaines de l'hospitalisation et des traitements ambulatoires aigus posera également à terme un défi supplémentaire, non seulement à l'AOS, mais aussi aux cantons et aux communes en particulier. Ce constat doit être pris en considération dans le cadre des réflexions sur les alternatives de financement à long terme.

¹⁴⁹ Colombier, Carsten (2012) : Projections en matière de dépenses de santé d'ici à 2060, Working Paper de l'Administration fédérale des finances n°19, Berne, p. 24.

¹⁵⁰ L'auteur signale que la méthodologie utilisée dans les projections est assortie d'une part d'incertitude.

¹⁵¹ Colombier, Carsten (2012) : Projections en matière de dépenses de santé d'ici à 2060, Working Paper de l'Administration fédérale des finances n°19, Berne, p. 51 ss et 73s.

Conclusion

Les projections des dépenses présentées dans ce rapport montrent que les dépenses liées aux soins de longue durée augmenteront massivement jusqu'en 2045, essentiellement en raison du vieillissement de la population. On assistera également à une forte hausse des dépenses dans les autres domaines de la santé (soins de longue durée non compris). La charge financière représentera au plus tard en 2030 un défi de taille pour les différents organismes de financement, les cantons et l'AOS étant particulièrement concernés. Les demandes de prestations de soins devront être limitées par un ancrage plus large et une intensification ciblée des mesures de prévention. Un train de mesures de la Confédération et des cantons, qui poursuit en premier lieu cet objectif, sera parachevé prochainement. Ces mesures sont le principal levier qui permettra d'agir sur les futures dépenses de soins de longue durée. En raison des compétences existantes et en tenant compte de l'utilité retirée des mesures de prévention, le Conseil fédéral est de l'avis que la responsabilité est avant tout du ressort des cantons. Une autre possibilité d'économie est l'amélioration de l'efficacité dans la fourniture des prestations de soins. Pour cette tâche, ce sont les cantons qui sont particulièrement sollicités.

Les coûts augmenteront non seulement dans les soins de longue durée, mais aussi dans tous les autres domaines de l'assurance obligatoire des soins. Ces coûts seront répercutés sur les assurés via le système de répartition. La réforme de la prévoyance vieillesse a en outre démarré. Dans ce domaine également, le financement doit être assuré. Les travaux en vue de la réforme des prestations complémentaires ont également été entrepris.

L'augmentation annoncée des coûts de l'AOS et des soins de longue durée alourdit la charge qui pèse sur les assurés par la hausse des primes qu'elle entraîne. La hausse des coûts au niveau des cantons les affecte également en tant que contribuables. Ils doivent aussi se préparer à une hausse de la TVA qui assurera le supplément de moyens nécessaire au financement de l'AVS. Les prestations complémentaires sont un autre domaine où une réforme peut entraîner un surcroît de charges. Les différentes décisions de financement doivent être coordonnées pour une politique sociale, financière et économique durable. D'une part, le financement des prestations de sécurité sociale doit être garanti de manière à ce que les coûts pour l'économie globale soient maintenus à un niveau aussi bas que possible. D'autre part, ce financement doit être réparti entre les assurés et les contribuables d'une manière supportable pour les ménages de condition économique modeste en particulier.

Une solution devra être préparée le moment venu s'il s'avère que les alternatives pour la poursuite de la répartition des tâches et les règles de financement en vigueur ne peuvent plus être maintenues à moyen et à long terme. Plusieurs options sont discutées. Outre le maintien du statu quo, une participation accrue, sous certaines conditions, de la Confédération aux coûts des soins de longue durée et la prise en charge de la responsabilité pour les soins de longue durée par la Confédération représentent également des alternatives possibles. Pour tous les changements, il serait essentiel qu'il n'en résulte, pour la Confédération, aucun transfert des charges des cantons. L'introduction d'une assurance obligatoire des soins financée exclusivement par des primes serait également une autre possibilité à prendre en compte. Dans la mesure où il n'existe pas un besoin urgent d'agir en matière de financement des coûts des soins de longue durée, la question du financement et de la répartition des tâches peut et doit, de l'avis du Conseil fédéral, être reprise ultérieurement.

Annexe 1: Extension du pilier 3a au financement des frais de soins pour les personnes âgées

1 Situation initiale

Par le postulat 14.3912¹⁵², le Conseil fédéral a été mandaté pour examiner la possibilité d'étendre le pilier 3a à la couverture des frais de soins pour les personnes âgées. En marge du pilier 3a existant, il faudrait définir un système d'épargne volontaire, déductible fiscalement et basé sur des règles claires, pour garantir des prestations non couvertes par l'assurance-maladie obligatoire dans le domaine des soins aux personnes âgées. Il faudrait aussi rédiger une loi applicable à cette nouvelle prévoyance volontaire en matière de soins et vérifier si l'on pourrait, dans le cadre de cette affectation à un usage déterminé, abandonner l'exigence d'un emploi salarié ou d'une activité lucrative indépendante.

2 Points à régler

Les principaux points à régler spécifiquement dans le cadre de cette affectation à un usage spécifique (compte tenu des propositions mentionnées dans le postulat) sont exposés ci-après. Le pilier 3a existant sert de point de départ.

2.1 Fondement constitutionnel du pilier 3a et de son extension

Le fondement constitutionnel du 3^e pilier (prévoyance individuelle, pilier 3a) se trouve à l'article 111, al. 1 et 4, Cst.¹⁵³ Le droit constitutionnel applicable permettrait l'introduction d'un pilier 3a visant spécifiquement à financer les frais de soins aux personnes âgées. Cette disposition s'appliquerait tant aux personnes ayant une activité lucrative qu'aux autres qui n'en ont pas. Cette nouvelle affectation permettrait de continuer les déductions fiscales tant pour les personnes avec une activité lucrative que pour les autres. Les formes de prévoyance correspondantes pourraient être exemptées de l'obligation fiscale conformément à l'article 111, al. 4, Cst.

2.2 Réglementation d'un nouveau cas de prévoyance pour le financement des frais de soins aux personnes âgées et pour l'utilisation des avoirs économisés

Définition du cas de prévoyance

Selon le postulat, il est nécessaire de couvrir les frais de soins non couverts par la LAMal. Ce capital devrait compléter les prestations de l'assurance-maladie (LAMal) et permettrait de financer, par exemple, les dépenses de nourriture et de logement, ou d'autres prestations non prises en charge par l'assurance obligatoire de soins (AOS).

La prévoyance professionnelle règle clairement les cas de prévoyance vieillesse, invalidité et décès (art. 1, al. 1, LPP¹⁵⁴ et art. 1 ss, OPP 3¹⁵⁵). Afin d'élargir le pilier 3a, il serait nécessaire de définir un nouveau cas de prévoyance pour le financement des prestations de soins aux personnes âgées. Il faudrait également décrire le plus simplement, mais aussi le plus exactement possible ce type de cas de prévoyance et les prestations de soins à financer. Une réglementation claire et compréhensible serait essentielle en la matière, dans la mesure où il faut garantir que les avoirs épargnés seront effectivement utilisés aux fins prévues. Comme les

¹⁵² Postulat 14.3912 Eder « Elargir le pilier 3a à la couverture des frais de soins » : http://www.parlament.ch/f/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20143912.

¹⁵³ Constitution fédérale de la Confédération suisse (Cst. ; RS 101).

¹⁵⁴ Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP ; RS 831.40).

¹⁵⁵ Ordonnance sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance (OPP 3 ; RS 831.461.3).

institutions actuelles du pilier 3a ne disposent pas des connaissances spécialisées nécessaires en ce qui concerne la couverture des prestations de soins en cas de maladie, il leur serait difficile d'examiner et de mettre en œuvre ce nouveau cas de prévoyance. Elles devraient acquérir par elles-mêmes les connaissances requises ou se les procurer auprès de tiers. Dans les deux cas, les démarches engendreraient des frais administratifs supplémentaires qu'il faudrait répercuter sur les assurés désireux d'étendre leur épargne prévoyance à ce nouveau cas. Les prestations de soins susceptibles d'être financées par le pilier 3a élargi devraient également être coordonnées avec les prestations prévues par la LAMal et avec les prestations complémentaires (en ce qui concerne les prestations complémentaires, cf. ch. 4).

Bénéficiaires autorisés des prestations

Dans le cadre du pilier 3a, les sommes économisées sont transférées à l'échéance dans les avoirs librement disponibles de l'assuré. En revanche, dans le pilier 3a élargi, les avoirs économisés seraient affectés à des fins spécifiques, de sorte que le preneur d'assurance ne pourrait pas en disposer librement. C'est pourquoi, il serait nécessaire de définir les bénéficiaires des sommes versées lorsque le cas de prévoyance se présente. Selon le pilier 3a, il s'agirait des bénéficiaires autorisés des prestations, à définir comme dans la LAMal. Dans ce contexte, il serait nécessaire de vérifier entre autres si le paiement doit être effectué directement à l'institution qui fournit les prestations de soins (par ex. EMS ou services d'aide et de soins à domicile) ou si, sous certaines conditions, un paiement direct à la personne assurée serait possible (en cas de soins à domicile). Il faudrait également savoir si une procédure de contrôle est nécessaire pour s'assurer de l'utilisation correcte des fonds et éviter tout abus.

Echéance du cas de prévoyance

Si un cas de prévoyance se présente et que l'assuré demande le versement des fonds, ces derniers devraient être partiellement transférés pour financer les frais de soins aux bénéficiaires autorisés des prestations (ou à l'assuré bénéficiant de soins à domicile si cela est défini ainsi). Comme les frais de soins ne coïncident pas forcément avec le moment de la retraite, mais qu'ils sont susceptibles de survenir n'importe quand et généralement de manière inopinée et pour une longue période, l'échéance pour le versement de la prestation devrait être définie différemment du pilier 3a. C'est pourquoi il serait nécessaire de décrire les critères qui déterminent à partir de quand les frais de soins peuvent être financés. Il faudrait aussi vérifier si, dans certains cas, la prestation peut être octroyée de manière anticipée (par ex. si la personne doit déjà supporter des frais de soins avant la retraite) et définir à partir de quand, au plus tôt, la prestation peut être octroyée. Il serait également bon de savoir si, passée une certaine échéance, les sommes économisées peuvent être affectées à d'autres fins (lorsqu'une personne a atteint un certain âge déjà avancé) ou si l'affectation obligatoire des fonds ne prend fin qu'à la mort de l'assuré.

Il faut tenir compte du fait que, dans le pilier 3a existant, les fonds sont octroyés en une seule fois ou, selon le nombre de comptes, en plusieurs acomptes échelonnés sur la période (conformément à l'art. 3, al. 1, OPP 3, au plus tôt cinq ans avant que l'assuré n'atteigne l'âge ordinaire de la retraite de l'AVS, le versement pouvant être différé jusqu'à cinq ans au plus à compter de l'âge ordinaire de la retraite de l'AVS en cas d'activité lucrative prolongée). En ce qui concerne le financement des frais de soins, il faut toutefois partir du principe que les paiements réguliers au prestataire seraient échelonnés dans de nombreux cas sur une période relativement longue. Ceci pourrait compliquer sensiblement l'organisation des paiements.

Il serait également important de vérifier les conséquences d'une situation où le cas de prévoyance « frais de soins » ne se présente jamais chez une personne ou dans laquelle les sommes économisées ne sont pas intégralement utilisées pour financer les frais de soins (cf. ci-après Hérité des sommes économisées).

Héritité des sommes économisées

La disposition concernant les bénéficiaires du pilier 3a existant (art. 2, OPP 3) pourrait être reprise et adaptée en conséquence. Néanmoins, il serait nécessaire de vérifier en détail les conséquences pour le droit successoral et fiscal. Il faudrait, dans ce contexte, tenir compte du fait que les fonds ne sont pas à la libre disposition de l'assuré et qu'on ignore si le capital épargné sera affecté intégralement ou seulement partiellement au cas de prévoyance « frais de soins ». Du point de vue conceptuel, l'épargne consacrée spécialement aux frais de soins pour les personnes âgées ressemble à certains égards à une assurance. Il faudrait également vérifier, dans la conception d'un pilier 3a élargi, si un produit d'assurance (fiscalement privilégié le cas échéant) ou un produit mixte ne constituerait pas un système plus adéquat qu'une épargne. Dans le cadre d'une assurance risque exclusive, l'assurance ne devrait intervenir que si le cas de prévoyance se présente.

Conclusion

Des vérifications approfondies seraient nécessaires avant de pouvoir définir un nouveau cas de prévoyance « frais de soins » et utiliser les avoirs économisés en vue de couvrir ces frais. Si la charge de travail des institutions du pilier 3a se maintenait dans des limites raisonnables, la mise en œuvre serait envisageable d'un point de vue pratique. Il faut tenir compte du fait que le cas de prévoyance vieillesse, décès ou invalidité se présente toujours dans le pilier 3a existant. Il n'en va pas de même pour le cas de prévoyance « frais de soins ». Il ne survient pas obligatoirement chez tout le monde, ce qui est susceptible d'augmenter la complexité générale d'une réglementation en la matière. Si le capital épargné n'était pas utilisé du tout ou pas intégralement pour le cas de prévoyance « frais de soins », la situation juridique des héritiers devrait notamment être réglée. Il s'agirait surtout de vérifier si, pour la conception d'un pilier 3a élargi, un produit d'assurance ne serait pas plus adapté.

2.3 Institutions compétentes pour le pilier 3a élargi; placement des fonds épargnés et surveillance

Selon l'art. 1, al. 1, OPP 3, sont considérées comme des formes reconnues de prévoyance les établissements d'assurances et les fondations bancaires qui doivent placer les avoirs de la convention de prévoyance liée conformément à l'art. 5, OPP 3.

Institutions possibles pour le pilier 3a élargi

On pourrait imaginer que les institutions mentionnées du pilier 3a prennent en charge les nouvelles missions. Néanmoins, elles devraient alors intégrer de nouveaux processus pour le paiement des sommes à prévoir afin de financer les frais de soins. Cette tâche serait particulièrement contraignante dans la mesure où elle exige des connaissances spécifiques dans le domaine de la santé et des frais de soins. Le versement des fonds ne pourrait être effectué qu'aux bénéficiaires autorisés des prestations et uniquement pour les frais de soins non couverts par l'assurance-maladie. Ces frais devraient dès lors être clairement définis (cf. ci-dessus définition du cas de prévoyance). En prenant en charge cette nouvelle mission, les institutions du pilier 3a s'éloigneraient de leur mission actuelle dans la prévoyance professionnelle. Elles devraient se familiariser avec les domaines du financement et du traitement des factures relatifs aux frais de soins. Certes, les professionnels de l'assurance-maladie et accident disposent aujourd'hui des connaissances et maîtrisent les procédures requises en la matière, mais ce n'est pas le cas des institutions qui s'occupent de prévoyance professionnelle.

Afin d'atteindre les objectifs visés par cet élargissement, les institutions du pilier 3a devraient gérer l'épargne destinée au financement des frais de soins séparément des fonds du pilier 3a existant, qui sont à la libre disposition de l'assuré dès que le cas de prévoyance se présente.

Placement des avoirs économisés et surveillance

Si les institutions existantes du pilier 3a prenaient en charge la nouvelle mission, les dispositions en matière de placement prévues dans l'OPP 3 pourraient en principe s'appliquer au placement des avoirs. Dans ce contexte, il faut aussi souligner qu'un versement échelonné des sommes à des échéances non prévisibles représente pour les institutions une difficulté supplémentaire eu égard au placement des fonds par rapport au pilier 3a actuel. Cette problématique pourrait avoir des conséquences négatives sur le rendement et sur l'attrait de ce type de dispositif. Si les institutions du pilier 3a prennent en charge de nouvelles tâches spécifiques, la question se pose également de savoir si et comment le système de surveillance actuel peut être étendu.

Conclusion

En acceptant cette nouvelle mission, les institutions du pilier 3a seraient confrontées à de nouvelles difficultés. Elles ne sont en effet pas équipées pour gérer ce genre de tâches, elles devraient acquérir des connaissances spécifiques (ou se les procurer auprès de tiers) et mettre en place les procédures correspondantes. Il faut aussi se demander s'il serait judicieux de confier ces missions à ces institutions, compte tenu des frais administratifs supplémentaires à prévoir. En outre, il est indispensable que le rapport prix-prestation de la mise en œuvre reste dans des limites raisonnables.

2.4 Autre besoin de réglementation: en particulier le versement anticipé des prestations (art. 3, al. 2 et 3, OPP 3)

Encouragement à la propriété

L'acquisition d'un logement en propriété pour ses propres besoins (art. 3, al. 3 à 5, OPP 3) devrait être exclue explicitement, dans la mesure où l'épargne, dans le pilier 3a élargi, ne peut faire l'objet d'un allègement fiscal que si elle est affectée aux soins pour les personnes âgées.

Paiement en espèces suite au début de l'activité lucrative indépendante

Le paiement en espèces suite pour démarrer une activité lucrative indépendante devrait être exclu. Le motif du paiement en espèces serait incompatible avec l'objectif spécifique du pilier 3a élargi.

Paiement en espèces et UE/AELE

Dans le cadre de l'utilisation des fonds, il serait nécessaire de vérifier, au même titre que dans le 2^e pilier et le pilier 3a, le paiement en espèces et la possible restriction en cas de départ définitif de Suisse vers un Etat membre de la Communauté européenne, l'Islande, le Liechtenstein ou la Norvège (pour le 2^e pilier, cf. art. 5 et 25f, LFLP ¹⁵⁶; pour le pilier 3a, cf. art. 3, OPP 3).

Le motif du paiement en espèces en cas de départ définitif de Suisse devrait très probablement faire l'objet de dispositions spéciales. Les frais de soins qui surviennent dans un Etat de l'UE ou de l'AELE devraient, en cas de compétence correspondante, également pouvoir être financés et, partant, les prestations en espèces exportées ou les prestations en nature remboursées. Dans le cas contraire, les accords sur la libre circulation des personnes entre la Suisse

¹⁵⁶ Loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (Loi sur le libre passage, LFLP ; RS 831.42).

et l'UE¹⁵⁷ et l'AELE¹⁵⁸, qui prévoient la coordination des prestations et qui interdisent la discrimination fondée sur la nationalité, seraient violés.

Les institutions du pilier 3a devraient examiner en conséquence la demande de paiement en espèces et exiger une preuve des frais de soins à l'étranger. Cette mission impliquerait une charge de travail et des coûts supplémentaires. Il faut tenir compte du fait que les avoirs économisés du pilier 3a étendu sont liés à une affectation déterminée, comme dans le 2^e pilier. Ainsi, une procédure de contrôle similaire à celle du 2^e pilier devrait être envisagée (fonds de garantie LPP en tant qu'organe de liaison pour procéder à des vérifications par rapport à l'obligation d'assurance dans le pays concerné ou, dans le cadre du pilier 3a élargi, pour prouver les frais de soins à l'étranger). Une procédure de ce type engendrerait des frais supplémentaires.

Conclusion

Dans le cas d'une dissolution anticipée des rapports de prévoyance, des adaptations majeures devraient être réalisées et coordonnées avec les accords sur la libre circulation avec l'UE et l'AELE. Les vérifications à effectuer en cas de départ définitif de Suisse représenteraient pour les institutions du pilier 3a une charge de travail et des coûts supplémentaires importants.

3. Avantages fiscaux pour les la constitution de l'épargne et pertes de recettes fiscales de la Confédération, des cantons et des communes

3.1 Personnes concernées par la déduction fiscale (groupe cible) et montant de la déduction ; en particulier, ouverture du pilier 3a élargi aux personnes n'exerçant pas d'activité lucrative

Personnes concernées par la déduction fiscale et montant de la déduction

En vertu de l'art. 82, al. 2, LPP en relation avec l'art. 7, OPP 3, les salariés et indépendants peuvent déduire leurs cotisations effectivement versées aux formes reconnues de prévoyance dans le cadre des impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes. La base légale du pilier 3a se trouve dans la prévoyance professionnelle. Seules les personnes exerçant une activité lucrative bénéficient des prestations de la prévoyance professionnelle. Ainsi, seule la personne qui dispose d'un revenu soumis à l'AVS/AI et qui exerce une activité lucrative peut conclure un contrat de prévoyance pour les formes reconnues de prévoyance individuelle liée.

En ce qui concerne le montant de la déduction, il faut se référer, dans le droit applicable, à l'art. 7, al. 1, OPP 3, qui distingue les bénéficiaires de la déduction qui sont affiliés à une institution de prévoyance de ceux qui ne le sont pas (2^e pilier). La personne affiliée à une institution de prévoyance peut déduire de ses revenus, pour les impôts directs de l'année fiscale 2015, une cotisation effectivement versée à des formes reconnues de prévoyance d'un montant maximum de 6'768 francs (art. 7, al. 1, let. a, OPP 3). La personne qui n'est pas affiliée à une institution de prévoyance peut déduire, pour les impôts directs, une cotisation effectivement versée à des formes reconnues de prévoyance jusqu'à concurrence de 20 % du revenu provenant d'une activité lucrative, mais au maximum jusqu'à 40 % du montant-limite supérieur. Cela correspond, pour l'année fiscale 2015, à une déduction maximum de 33'840 francs (art. 7, al. 1, let. b, OPP 3).

¹⁵⁷ Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (RS 0.142.112.681).

¹⁵⁸ Annexe I, art. 9, al. 2, annexe K : Convention instituant l'Association Européenne de Libre-Échange (AELE), RS 0.632.31.

Dans le cas d'un contrat de prévoyance pour la couverture des frais de soins aux personnes âgées, le montant de la déduction maximale autorisée devrait être vérifié et fixé. Il devrait varier selon la définition du groupe cible. Il faudrait également se demander si une collaboration entre le Conseil fédéral et les cantons serait nécessaire pour adapter les déductions fiscales admises (art. 82, al. 2, LPP, voir également à ce sujet les aspects liés au droit fiscal du pilier 3a), dans la mesure où la disposition correspondante de la LPP n'aborde que les formes reconnues de prévoyance (c.-à-d. celles qui servent uniquement et irrévocablement à la prévoyance professionnelle). Une réglementation similaire à celle qui régit les cotisations au pilier 3a serait envisageable. Voir également à ce sujet le ch. 5.

Durée des cotisations

Dans le pilier 3a existant, les cotisations aux formes reconnues de prévoyance peuvent être versées et déduites fiscalement jusqu'à cinq ans après l'âge ordinaire de la retraite de l'AVS. Au cours de l'année civile où il met fin à son activité lucrative, l'assuré peut verser la totalité de la cotisation (art. 7, al. 3 et 4, OPP 3). En ce qui concerne le cas de prévoyance « frais de soins », il serait nécessaire de revoir la durée autorisée des paiements dans le cadre d'un contrat de prévoyance. On pourrait imaginer une limitation dans le temps correspondant à l'âge ordinaire de la retraite de l'AVS ou à la survenance d'un cas de prévoyance. Toutefois, il ne faudrait pas autoriser de versements illimités dans le temps : en effet, le contrat de prévoyance deviendrait dans ce cas un dispositif d'épargne profitant aux héritiers du preneur de prévoyance. Cette situation doit être évitée, tant du point de vue du droit de la prévoyance que du droit fiscal.

Les éventuels bénéficiaires de la déduction fiscale (groupes cibles) ainsi que le montant de la déduction possible ont été définis afin de calculer les pertes de recettes fiscales (voir le ch. 3.2).

Ouverture du pilier 3a élargi aux personnes sans activité lucrative

Il n'existe dans le postulat aucune indication quant à la définition du groupe cible - sauf en ce qui concerne la possibilité pour les personnes sans activité lucrative de conclure un contrat de prévoyance pour la couverture des frais de soins aux personnes âgées.

La constitution d'un pilier 3a dans sa forme actuelle par les personnes sans activité lucrative a déjà été examinée et refusée à plusieurs reprises dans le cadre d'interventions parlementaires (entre autres l'initiative parlementaire Nabholz et la motion Markwalder¹⁵⁹). Le refus a notamment été motivé par le fait qu'en matière de prévoyance individuelle liée, il est nécessaire de s'en tenir au principe de base selon lequel cette forme de prévoyance présuppose une activité professionnelle et lucrative de la personne assurée. La possibilité d'une déduction fiscale pour des personnes sans activité lucrative a été considérée à la fois comme inappropriée et non souhaitable, d'autant que ces personnes peuvent librement contracter une prévoyance individuelle. On a également pointé du doigt les pertes de recettes fiscales pour les cantons (rapport de la Commission pour la sécurité sociale et la santé du Conseil des Etats daté du 12 février 2014 relatif à la motion Markwalder 11.3983, p. 3¹⁶⁰). Le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion et constaté, entre autres, qu'une ouverture générale du pilier 3a aux personnes sans profession ne pourrait être que difficilement réglée dans le cadre de la loi. Le système de la prévoyance professionnelle est déjà fort complexe. Il ne faudrait pas le compliquer encore davantage. Or, ce serait le cas si on prévoyait de ne plus conditionner la pré-

¹⁵⁹ Initiative parlementaire 96.412 Nabholz du 21 mars 1996, « Ouverture du pilier 3a aux groupes de personnes sans activité lucrative » (96.412), Motion Markwalder 11.3983 « Permettre aux personnes sans activité lucrative de cotiser au pilier 3a ».

¹⁶⁰ http://www.parlament.ch/sites/kb/2011/Rapport_de_la_commission_CSSS-E_11.3983_2014-02-12.pdf.

voyance professionnelle à aucune activité lucrative (Motion Markwalder, proposition du Conseil fédéral du 16.12.2011¹⁶¹). Cette argumentation du Conseil fédéral vaut aussi de manière analogue pour un éventuel cas de prévoyance en relation avec la couverture des frais de soins liés à la vieillesse pour les personnes sans activité lucrative. Le Conseil des Etats a rejeté la motion Markwalder.

En ce qui concerne le nouveau cas de prévoyance « frais de soins », il serait nécessaire de vérifier s'il faudrait s'appuyer ou pas sur les conditions applicables jusqu'à présent. Dans le cas d'une ouverture du pilier 3a aux personnes sans activité lucrative, des changements majeurs devraient être apportés à la LPP (voir aussi à ce sujet le ch. 5, fondement juridique). En ce qui concerne les conséquences pour le droit fiscal, voir également le ch. 5.

Conclusion

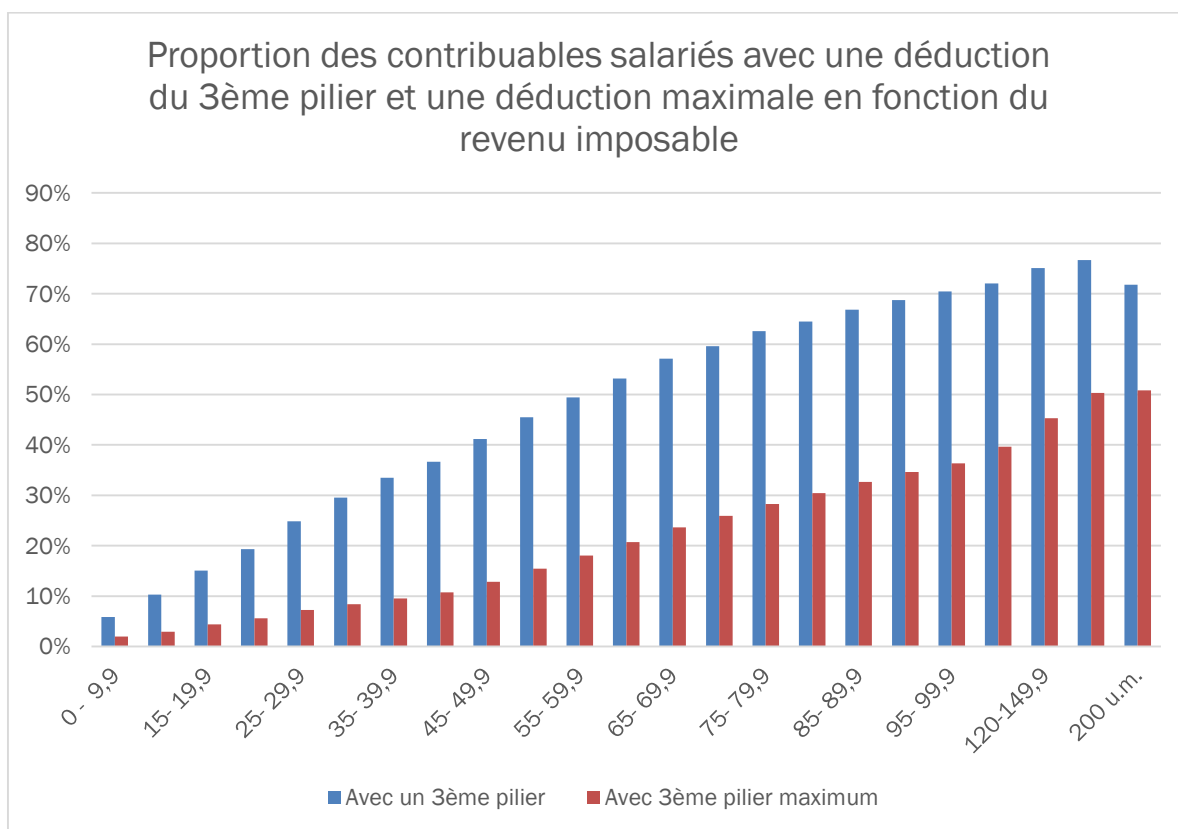
Pour un pilier 3a élargi, il serait important de vérifier et de fixer en conséquence le montant de la déduction. Ce montant dépendrait du groupe cible à définir également. Avec l'ouverture du pilier 3a aux personnes sans activité lucrative, le système de prévoyance professionnelle se verrait modifié. Des modifications fondamentales devraient être apportées à la LPP. Elles ne concerneraient pas seulement les aspects techniques de certaines dispositions mais affecteraient intrinsèquement les principes mêmes de la prévoyance professionnelle.

3.2 Pertes de recettes fiscales de la Confédération, des cantons et des communes

Si l'on considère les déclarations fiscales de l'année 2011, environ 30% des 4,8 millions de contribuables ont réalisé un versement destiné à constituer un pilier 3a. En ne considérant que les contribuables composés d'au moins une personne active, cette proportion atteint environ 40%. Comme le montre le graphique ci-dessous, cette probabilité, ainsi que celle d'avoir déduit un montant proche du maximum autorisé¹⁶² sont, comme attendu, très étroitement corrélées en fonction du revenu imposable.

¹⁶¹ http://www.parlament.ch/f/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20113983.

¹⁶² Déduction maximale en 2011 pour un salarié: 6 682, pour un indépendant 33 408. On retient ici cependant comme montant correspondant à des déductions maximales les montants déduits de 6'000 et 30 000 francs.



Source: OFAS.

Aujourd'hui, les déductions fiscales en matière de 3^{ème} pilier ont un effet estimé sur les recettes fiscales (Confédération, canton, commune) d'environ 1,2 à 1,3 milliards de francs.

L'évaluation des conséquences financières d'une extension des déductions pour la couverture des soins de longue durée est réalisée autour de quatre hypothèses:

- Seules les personnes autorisées aujourd'hui à opérer une déduction pour un pilier 3a seront en droit de faire cette déduction.
- Seules les personnes faisant aujourd'hui une déduction presque maximale dans le 3a s'intéresseront à opérer une déduction supplémentaire couvrant ce nouveau besoin ; étant donné l'utilisation possible plus restreinte de cette déduction, elles préféreront en effet d'abord constituer un pilier 3a complet. Pour l'estimation, ce seuil a été fixé à 6'000 francs pour les salariés et 30'000 francs pour les indépendants.¹⁶³
- le montant maximal de cette nouvelle déduction correspond aux montants connus dans le cadre du pilier 3a (modèle 1) ou la moitié de ces montants (modèle 2).
- les personnes qui font valoir cette nouvelle déduction procèdent toutes à une déduction maximale.

Compte tenu de ces quatre hypothèses, les conséquences fiscales de l'introduction de cette mesure seraient pour le premier modèle une diminution des recettes fiscales de 550 à 600 millions de francs (Confédération 265 millions de francs) et de 275 à 300 millions de francs (Confédération 130 millions) pour le modèle 2.

¹⁶³ Pour les contribuables composés de deux personnes actives, les montants doubles ont été pris en compte.

Evaluation critique des résultats

Les hypothèses faites dans le cadre de cette évaluation peuvent conduire soit à une surestimation, soit une sous-estimation du résultat :

Arguments pour une sous-estimation :

- Le droit à cette nouvelle déduction est lié directement au droit aux déductions 3a. Le postulat laisse cependant ouverte la possibilité d'un cercle d'ayant droits beaucoup plus large (personnes non actives, rentiers etc.). Si cet aspect était pris en compte, les effets fiscaux seraient beaucoup plus importants. On estime ainsi qu'avec l'extension des droits au pilier 3a et de cette nouvelle déduction aux personnes sans activité lucrative en âge actif (en particulier les conjoints non actifs, mais sans les rentiers), les pertes fiscales se monteraient à 1,1 milliard.¹⁶⁴
- On ne considère comme personnes s'intéressant à cette nouvelle possibilité que celles ayant versé le montant maximum dans un pilier 3a. Il est bien évidemment possible – mais peu vraisemblable – que certaines personnes s'y intéressent sans remplir cette condition.

Arguments pour une sur-estimation :

- Les recettes fiscales liées à la taxation au moment de la perception du capital ne sont pas prises en compte.
- Il est possible que le cercle des personnes intéressées par cette nouvelle déduction soit un peu plus réduit, par exemple circonscrit aux personnes pour lesquelles la problématique du financement des soins de longue durée est présente.
- Il a été systématiquement fait l'hypothèse d'une déduction d'un montant maximal.

3.3 Conséquences du point de vue des assurés

Aujourd'hui, ce sont surtout les personnes au revenu élevé qui alimentent un pilier 3a et profitent des déductions maximales (cf. tableau ci-dessus). Dans le pilier 3a élargi, les économies les plus importantes seraient réalisées par des personnes capables de toute façon de financer leurs frais de soins durant leur vieillesse (effet d'aubaine). A l'inverse, les personnes disposant de moyens financiers modestes ne tireraient aucun avantage d'un pilier 3a élargi. Ce groupe de personnes devrait continuer de compter sur des prestations complémentaires également pour la couverture de leurs frais de soins (concernant les prestations complémentaires, voir le ch. 4).

En outre, malgré les économies fiscales, l'attrait d'un pilier 3a élargi serait limité pour les assurés, car les possibilités d'utilisation du pilier 3a existant sont plus variées (versement anticipé ou mise en gage dans le cadre de l'encouragement à la propriété). Il faut plutôt partir du principe que les contribuables qui cotisent le plus dans le pilier 3a ne souscriront pas tous à des épargnes supplémentaires dans le pilier 3a élargi. On peut supposer qu'en cas de doute, les jeunes contribuables, en particulier, se tourneront davantage vers des contrats de prévoyance-retraite. Même si le niveau d'épargne de ce groupe de personnes était élevé, la tendance à verser des cotisations supplémentaires dans un pilier 3a serait relativement limitée.

Conclusion

L'introduction d'un pilier 3a pour le financement des frais de soins aux personnes âgées mènerait à des pertes de recettes fiscales importantes à tous les niveaux (Confédération, cantons et communes). Si l'on considère les hypothèses formulées initialement, on peut s'attendre, dans le cas d'un élargissement du pilier 3a et compte tenu du montant maximal de déduction des cotisations, à des pertes de recettes fiscales estimées entre 550 et 600 millions de francs

¹⁶⁴ Modélisation du nombre des déductions effectuées en fonction de différents paliers de revenus.

aux trois niveaux de l'Etat (dont 265 millions pour la Confédération). Avec une demi-déduction, la perte de recettes fiscales estimée atteindrait 275 à 300 millions de francs (dont 130 millions pour la Confédération). Les pertes de recettes fiscales du pilier 3a estimée à ce jour à environ 1,2 à 1,3 milliards de francs augmenterait de moitié. Le rapport entre un avantage social (cf. ch. 4.2) et les pertes de recettes fiscales serait ainsi globalement négatif.

Seul un très petit nombre de contribuables, soit ceux qui peuvent de toute façon financer les frais des soins, pourrait profiter d'un élargissement du pilier 3a et des économies fiscales supplémentaires qui en découlent. Quant aux personnes qui ont besoin de moyens pour payer les frais de soins, elles ne profiteraient pas de ce système.

En outre, malgré les économies fiscales, l'attrait d'un pilier 3a élargi serait limité pour les assurés, car les possibilités d'utilisation du pilier 3a existant sont plus variées (versement anticipé ou mise en gage dans le cadre de l'encouragement à la propriété, p.ex.).

4 Conséquences sur les prestations complémentaires

L'élargissement du pilier 3a devrait être coordonné avec les prestations complémentaires.¹⁶⁵ D'après le postulat, la proposition de prévoyance par le pilier 3a devrait décharger les prestations complémentaires (ci-après PC) en particulier. Les économies potentielles au niveau des PC ont été calculées suite à cette suggestion (voir ch. 4.2).

4.1 Coordination avec les prestations complémentaires

Dans le calcul des PC d'une personne bénéficiant d'une rente de vieillesse et vivant dans un home, les dépenses englobent généralement la taxe journalière, le montant pour les dépenses personnelles et la prime moyenne pour l'assurance obligatoire des soins. La taxe journalière comprend les frais d'hébergement et de nourriture (hôtellerie), les frais d'encadrement et la participation du patient conformément à l'article 25a, al. 5, LAMal. Dans le canton de Schwyz, c'est l'intégralité des frais de soins qui remplacent la participation du patient dans le calcul de la taxe journalière. Les cantons ont la possibilité de limiter la taxe journalière à prendre en compte. En ce qui concerne les revenus, on prend en considération les rentes, d'autres prestations périodiques, le produit de la fortune mobilière et immobilière, ainsi qu'une partie de la fortune appelée imputation de la fortune. L'imputation de la fortune s'élève à 10 % du montant la fortune nette qui subsiste après déduction de la franchise de 37 500 francs. Les cantons ont la possibilité d'augmenter à 20 % l'imputation de la fortune qui sera prise en compte pour les personnes vivant dans un home. En 2013, 22 cantons ont fait usage de cette prérogative. Si les dépenses d'une personne dépassent ses revenus, elle bénéficie d'une PC pour le montant de la différence, c.-à-d. pour la part de l'excédent de dépenses.

Pour les PC, il est essentiel de savoir si le capital épargné doit être à disposition des intéressés à titre de fortune - dans ce cas, les PC de 22 cantons diminuent de 20 % et celles des autres de 10 % seulement - ou à titre de prestation périodique. Les prestations périodiques étant intégralement prises en compte dans le calcul des revenus, les seule une prise en compte à titre de prestations périodiques permettrait d'alléger les PC de façon conséquente.

La difficulté consisterait à régler le montant de cette prestation. Afin d'obtenir un allègement maximal pour les PC, la prestation périodique devrait correspondre à la taxe journalière à prendre en compte. Cela impliquerait qu'une prestation périodique soit calculée individuellement pour chaque personne, avec un montant susceptible de varier d'une année à l'autre.

¹⁶⁵ Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (Loi sur les prestations complémentaires, LPC, RS 831.30).

4.2 Epargnes sur les prestations complémentaires

Les économies réalisables en termes de PC ont été calculées en tenant compte d'un pilier 3a élargi. Les calculs ne concernent que les bénéficiaires de rentes de vieillesse vivant dans un home, dans la mesure où la majeure partie des frais de soins intervient dans les institutions en question. Selon les calculs, les économies en matière de PC périodiques se seraient élevées à 12,8 millions en 2013 si le pilier 3a avait été pris en compte comme une prestation périodique d'un montant égal à la taxe journalière à prendre en compte. Par contre, les dépenses en matière de PC de l'AVS s'élèvent à 2 370 millions en 2013. Ce faisant, les économies annuelles au chapitre des PC réalisées grâce à l'alimentation d'un pilier 3a élargi représentent une part de 0,5 % des dépenses totales des PC à l'AVS (sans les frais de maladie et d'invalidité).

En matière de PC, les frais de maladie sont payés intégralement par les cantons.

En 2013, les économies réalisées au niveau des frais de maladie se seraient élevées à un million de francs, alors que les frais de maladie en matière de PC à l'AVS s'élevaient à 234,9 millions pour ladite année. Les économies annuelles en matière de frais de maladie réalisées grâce à l'alimentation d'un pilier 3a élargi représentent dès lors une part d'environ 0,4 % des frais de maladie.

Les conséquences financières sur les PC d'un élargissement du pilier 3a se fondent sur les principes et hypothèses suivants :

- Le registre des statistiques PC, état décembre 2013, sert de référence. Seuls sont concernés les résidents d'institutions, bénéficiaires de PC à l'assurance-vieillesse.
- Seules les personnes qui profitent aujourd'hui de la déduction maximale dans le pilier 3a sont intéressées à se constituer un pilier 3a élargi.

Conclusion

Avec l'élargissement du pilier 3a, les prestations complémentaires ne pourraient être allégées que de manière limitée. Les économies potentielles s'élèvent à 12,8 millions de francs pour ce qui est des prestations complémentaires périodiques. Les cantons, qui paient l'intégralité des frais de maladie, bénéficieraient d'un allègement avoisinant le million de francs. La nouvelle réglementation devrait être coordonnée avec les prestations complémentaires.

5 Aspects de droit fiscal relatifs au pilier 3a et à son extension

Fondement juridique et adaptation

Conformément à l'art. 111, al. 4, Cst., la Confédération, en collaboration avec les cantons, encourage la prévoyance individuelle, notamment par des mesures relevant de la politique fiscale et d'accès à la propriété. L'art. 111, al. 4, Cst. ne définit ni les bénéficiaires ni les modalités de l'encouragement. Ainsi, il appartient en principe au législateur de déterminer les conditions et les limites de cet encouragement. Néanmoins, les cantons n'ont à cet égard aucune liberté organisationnelle¹⁶⁶.

Conformément aux art. 33, al. 1, let. e, LIFD¹⁶⁷ et 9, al. 2, let. e, LHID¹⁶⁸ en relation avec l'art. 81, al. 2, LPP, les salariés et indépendants peuvent déduire les cotisations effectivement

¹⁶⁶ Voir ATF 116 IA 264 c. 3d, dans : Die Praxis, 80. Jg., n° 115 (avec d'autres indications), arrêt du Tribunal fédéral du 12 juillet 1993, dans : Die Praxis, 83. Jg., n° 105.

¹⁶⁷ Loi fédérale sur l'impôt fédéral direct (LIFD ; RS 642.11).

¹⁶⁸ Loi fédérale sur l'harmonisation des impôts directs des cantons et des communes (LHID ; RS 642.14).

versées aux formes reconnues de la prévoyance individuelle liée (pilier 3a) dans le cadre des impôts directs de la Confédération, des cantons et communes.

Conformément à l'art. 82, al. 2, LPP, le Conseil fédéral détermine, avec la collaboration des cantons, quelles formes de prévoyance peuvent être prises en considération et décide dans quelle mesure de telles déductions seront admises pour les cotisations. Constituent des formes reconnues de prévoyance : le contrat de prévoyance liée conclu avec les établissements d'assurances ainsi que la convention de prévoyance liée conclue avec les fondations bancaires. (art. 1, al. 1, OPP 3).

Les institutions de prévoyance de droit privé et public ainsi que les fondations bancaires sont, dans la mesure où leurs revenus et actifs servent exclusivement à la prévoyance professionnelle, exemptés des impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes ainsi que de l'impôt sur les successions et donations des cantons et des communes (art. 56, let. e, LIFD ; 23, al. 1, let. d, LHID et 80, al. 2, LPP en relation avec l'art. 6, OPP 3).

Les dispositions qui garantissent la déductibilité fiscale des cotisations effectivement versées ne sont toutefois applicables qu'aux formes de prévoyance qui sont affectées à la prévoyance professionnelle. Les cotisations effectivement versées à d'autres formes de prévoyance ne sont pas concernées. L'extension du pilier 3a à la couverture des frais de soins pour les personnes âgées doit, selon les termes du postulat, s'appliquer également aux personnes sans activité lucrative. Il devrait englober les impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes afin de répondre aux besoins d'harmonisation. Il serait nécessaire d'accorder un délai adéquat aux cantons afin qu'ils adaptent le droit fiscal cantonal aux dispositions prises en matière d'harmonisation.

En ce qui concerne la déductibilité fiscale des cotisations pour les contrats de prévoyance destinés à la couverture des frais de soins aux personnes âgées, le droit fiscal devrait prévoir une nouvelle déduction. Il faut souligner que chaque nouvelle déduction rend le droit fiscal encore plus complexe. L'introduction d'une nouvelle déduction contredirait le souhait parlementaire déjà maintes fois exprimé de simplifier le système fiscal en ne prévoyant qu'un nombre restreint de déductions. Le Conseil fédéral s'est lui aussi prononcé en faveur d'un système fiscal simple et efficace qui financerait les dépenses de l'Etat de manière juste et supportable pour tous.

Examen des modèles de contrat

Actuellement, avant de conclure des contrats ou des conventions de prévoyance, les institutions concernées soumettront les modèles de leurs contrats pour le pilier 3a concernant les formes reconnues de prévoyance à l'Administration fédérale des contributions (AFC). Sur la base des documents qui lui sont remis, cette dernière contrôle si la forme et le contenu respectent les prescriptions légales (art. 1, al. 4, OPP 3). Etant donné que la prévoyance liée au sens de l'article 82, LPP, ne confère que des expectatives aux ayants droit, les contrats de prévoyance doivent se distinguer clairement des autres contrats d'épargne et d'assurance. Les désignations « assurance de prévoyance liée » et « convention de prévoyance liée » ne peuvent être utilisées que pour des contrats ou des conventions conformes aux modèles approuvés par l'AFC. En l'absence d'approbation, la déduction des cotisations est refusée et ce type de produit ne doit pas être proposé.

On pourrait théoriquement imaginer que les contrats de prévoyance élargis à la couverture des frais de soins aux personnes âgées soient soumis à un processus de vérification similaire. Ses modalités devraient faire l'objet de discussions.

Conclusion

Les dispositions en matière de droit fiscal devraient faire l'objet d'adaptations globales, tant pour l'introduction d'un nouveau cas de prévoyance que pour l'ouverture du pilier 3a aux personnes sans activité lucrative. Pour s'inscrire dans les efforts d'harmonisation, l'adaptation devrait englober les impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes. Il serait nécessaire d'accorder un délai adéquat aux cantons pour adapter le droit fiscal cantonal aux dispositions en matière d'harmonisation.

En ce qui concerne la déductibilité fiscale des cotisations pour les contrats de prévoyance en lien avec la couverture des frais de soins aux personnes âgées, le droit fiscal devrait prévoir une nouvelle déduction. Il faut souligner que chaque nouvelle déduction rend le droit fiscal encore plus complexe. La démarche contredirait le souhait parlementaire déjà maintes fois exprimé de simplifier le système fiscal en ne prévoyant qu'un nombre restreint de déductions. Le Conseil fédéral s'est lui aussi prononcé en faveur d'un système fiscal simple et efficace qui financerait les dépenses de l'Etat de manière juste et supportable pour tous.

Contrairement au pilier 3a existant, il est nécessaire, en matière de financement des frais de soins, de partir du principe que les versements réguliers au prestataire sont échelonnés sur une période relativement longue. C'est une réalité qui pourrait, d'une part, compliquer le versement de la prestation et, d'autre part, rendre le droit fiscal encore plus complexe. Avec le nouveau cas de prévoyance « frais de soins », les pertes estimées de recettes fiscales pourraient atteindre 550 à 600 millions de francs au total pour tous les niveaux de l'Etat.

6 Synthèse

- Sur la base du droit constitutionnel en vigueur, le pilier 3a pourrait être étendu au financement des frais de soins pour les personnes âgées. L'ouverture aux personnes sans activité lucrative serait également possible.
- La prévoyance professionnelle est déjà très complexe. Avec l'introduction de nouvelles dispositions légales spécifiques, la prévoyance professionnelle deviendrait encore plus compliquée. Une révision fondamentale de la LPP s'imposerait en cas d'ouverture du pilier 3a aux personnes sans activité lucrative. Elle ne se limiterait pas seulement aux aspects techniques de certaines dispositions mais elle affecterait les principes essentiels de la prévoyance professionnelle.
- Pour la couverture des frais de soins aux personnes âgées, un nouveau cas de prévoyance « frais de soins » devrait être défini. Des vérifications approfondies seraient nécessaires pour la mise en œuvre d'une solution pragmatique. Les prestations du pilier 3a élargi devraient également être coordonnées avec celles de l'assurance-maladie et les prestations complémentaires, ce qui augmenterait davantage encore la complexité.
- En prenant en charge ces nouvelles tâches, les institutions du pilier 3a s'éloigneraient de leur mission actuelle dans le secteur de la prévoyance professionnelle. Elles ne sont pas équipées pour gérer ce genre de tâches et devraient acquérir des connaissances spécifiques (ou se les procurer auprès de tiers), ce qui impliquerait des coûts administratifs plus élevés. Il faudrait vérifier si le rapport prix-prestation de ces nouvelles missions pourrait se maintenir dans des limites raisonnables et s'il serait vraiment sensé de confier aux institutions du pilier 3a des tâches dans le domaine des soins.
- Des adaptations s'imposeraient notamment en cas de dissolution anticipée des rapports de prévoyance. Elles devraient également être coordonnées avec les accords sur la libre circulation avec l'UE et l'AELE. Les vérifications requises en cas de départ définitif de Suisse représenteraient pour les institutions du pilier 3a une charge de travail et des coûts supplémentaires. De plus, l'introduction d'une procédure de contrôle devrait être examinée.
- Seule une très petite partie des contribuables pourrait profiter d'un pilier 3a élargi, contribuables qui peuvent de toute façon financer les frais de soins. Quant aux personnes qui ont besoin de moyens pour payer les frais de soins, elles ne profiteraient pas de ce système élargi.
- En outre, malgré les économies fiscales, l'attrait d'un pilier 3a élargi serait limité pour les assurés, car les possibilités d'utilisation du pilier 3a existant sont plus variées (notamment possibilité d'un versement anticipé ou d'une mise en gage pour l'encouragement à la propriété).
- Avec l'élargissement proposé du pilier 3a, les prestations complémentaires ne pourraient être allégées que de manière limitée. Les économies réalisables s'élèveraient à 12,8 millions de francs pour ce qui est des prestations complémentaires périodiques. Les cantons, qui paient l'intégralité des frais de maladie, bénéficieraient d'un allègement avoisinant le million.
- En plus des dispositions légales en matière de prévoyance, la législation fiscale devrait également être adaptée en conséquence. A cet égard, il faudrait notamment déterminer le montant de la déduction et le groupe cible susceptible de bénéficier de cette déduction fiscale. Les travaux en la matière pourraient être considérables. En ce qui concerne la déductibilité fiscale des cotisations pour les contrats de prévoyance destinés à la couverture des frais de soins pour les personnes âgées, le droit fiscal devrait prévoir une nouvelle

déduction. Il faut préciser que chaque nouvelle déduction rend le droit fiscal plus complexe encore et va à l'encontre du souhait exprimé par le Parlement de simplifier le système fiscal en n'autorisant qu'un nombre restreint de déductions.

- Pour s'inscrire dans les efforts d'harmonisation, l'adaptation de la législation fiscale devrait englober les impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes. Les lois devraient être harmonisées, tant du point de vue des différents modèles d'épargne qu'en ce qui concerne le traitement fiscal de la cotisation (phase de constitution de l'épargne) et du versement des fonds au moment où surviennent l'ensemble des cas possibles de prévoyance. Il serait nécessaire d'accorder un délai adéquat aux cantons afin qu'ils adaptent le droit fiscal cantonal aux dispositions en matière d'harmonisation.
- Selon les estimations, l'élargissement du pilier 3a pourrait mener à de très lourdes pertes de recettes fiscales (entre 550 et 600 millions de francs) pour les trois niveaux de l'Etat (Confédération, cantons et communes). Les pertes de recettes fiscales du pilier 3a telles qu'estimées jusqu'à présent (1,2 à 1,3 milliard de francs) augmenteraient encore de moitié avec l'introduction d'un pilier 3a élargi.
- Le Conseil fédéral considère que le rapport coûts/bénéfices n'est pas acceptable. C'est pourquoi il la rejette.

Selon les estimations, l'introduction d'un pilier 3a pour le financement des frais de soins aux personnes âgées pourrait entraîner de lourdes pertes de recettes fiscales (environ 550 à 600 millions de francs) pour les trois niveaux de l'Etat (Confédération, cantons et communes). Les pertes fiscales du pilier 3a telles qu'estimées jusqu'à présent (1,2 à 1,3 milliard de francs) augmenteraient encore de moitié avec l'introduction d'un pilier 3a élargi. Seuls un très petit nombre de contribuables pourraient profiter d'un pilier 3a élargi, contribuables qui peuvent de toute façon financer les frais de soins. Quant aux personnes qui ont besoin de moyens pour payer les frais de soins, elles ne profiteraient pas de ce système. Avec l'élargissement du pilier 3a, les prestations complémentaires ne pourraient être allégées que de manière limitée. Le rapport entre l'avantage social et les pertes de recettes fiscales serait ainsi globalement négatif. Les adaptations nécessaires au niveau de la législation devraient être examinées de manière approfondie et coordonnées avec la LAMal, la LPC et les accords sur la libre circulation avec l'UE et l'AELE. Si le pilier 3a était ouvert aux personnes sans activité lucrative, la LPP devrait être révisée de manière fondamentale. Ces adaptations seraient non seulement très étendues et très complexes mais elles entraîneraient encore des coûts supplémentaires. Les institutions du pilier 3a ne sont pas équipées pour ces missions singulières dans le domaine des soins et ne disposent pas des connaissances requises. Les frais administratifs qui résulteraient de cette extension pourraient rendre cette forme d'épargne peu attractive, surtout dans un contexte de taux d'intérêt bas.

En plus des dispositions légales en matière de prévoyance, la législation fiscale devrait également faire l'objet d'une révision globale. Pour s'inscrire dans les efforts d'harmonisation, cette révision devrait englober les impôts directs de la Confédération, des cantons et des communes. Les lois devraient être harmonisées, tant du point de vue des différents modèles d'épargne qu'en ce qui concerne le traitement fiscal des cotisations (phase de constitution de l'épargne) et du versement des fonds au moment où surviennent l'ensemble des cas possibles de prévoyance. Il serait alors nécessaire d'accorder un délai adéquat aux cantons afin qu'ils adaptent le droit fiscal cantonal aux dispositions en matière d'harmonisation.

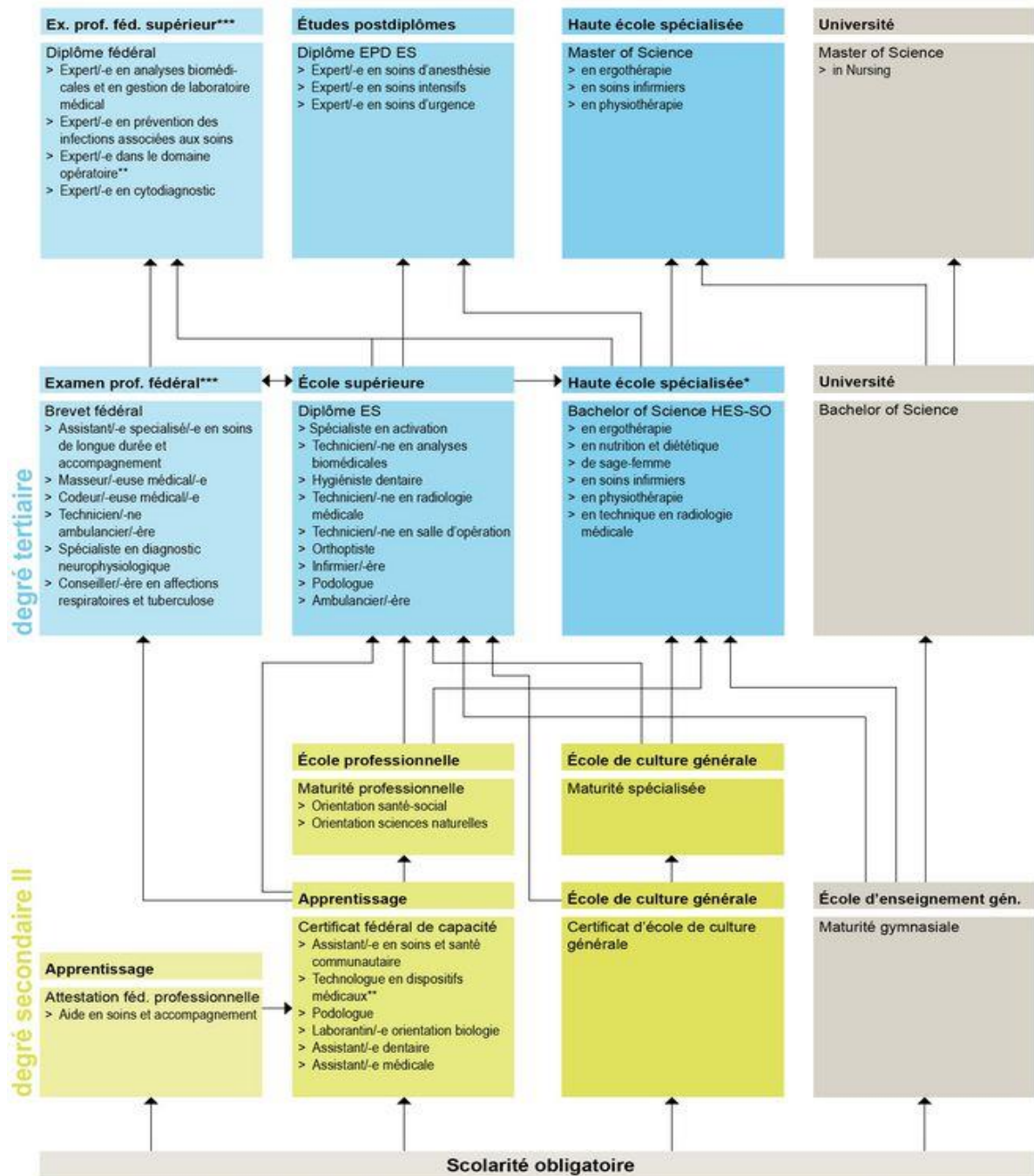
Annexe 2: Systématique suisse de la formation en matière de santé

La représentation de la systématique de formation montre que l'on trouve des cursus de formation pour des spécialistes avec des compétences en matière de soins à tous les niveaux de formation : de la formation professionnelle initiale de deux ans avec attestation fédérale dans les domaines de la santé et du social, à la formation en soins infirmiers à proprement parler de niveau tertiaire B (dans les ES) et à la formation sanctionnée par le diplôme de Bachelor of Science en soins infirmiers de niveau tertiaire A (dans les HES), en passant par l'apprentissage de la profession d'assistant en soins et santé communautaire. En termes de spécialisation ou de profil spécifique, aux fins d'acquérir des compétences étendues, on trouve au sein des HES le Master of Science en soins infirmiers et des filières d'études postgrades selon la loi sur les hautes écoles spécialisées, des examens professionnels au degré tertiaire B, et des examens professionnels supérieurs élaborés sur la base de la loi sur la formation professionnelle. Les filières de Bachelor et de Master of Science en soins infirmiers peuvent être suivies aux universités de Bâle et de Lausanne. En résumé, les formations en soins sont multiples et variées, accessibles via différentes filières, et ouvertes sur d'autres spécialisations.

Concernant les soins de longue durée, il convient de mentionner notamment l'examen professionnel (EP) de spécialiste soins de longue durée et accompagnement sanctionné par un brevet fédéral.¹⁶⁹ L'OdASanté travaille actuellement sur les sept profils de compétences suivants, qui déboucheront sur des examens professionnels supérieurs et professionnels et qui sont importants pour les soins de longue durée : soins palliatifs, soins en gériatrie et soins psychogériatriques, soins en néphrologie, conseil en diabétologie, soins en psychiatrie pour les personnes atteintes dans leur santé psychique.

¹⁶⁹ Le règlement d'examen concernant l'examen professionnel (EP) d'Assistant/e spécialisé/e en soins de longue durée et accompagnement est entré en vigueur en mai 2015. Il a été approuvé par le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à la formation.

SYSTÈME SUISSE DE FORMATION – PROFESSIONS DE LA SANTÉ



* Sans formation préalable spécifique au domaine des modules complémentaires doivent être accomplis, c.f. „Profil HES du domaine de la santé du 13.05.04“, CDS

** Projet en cours, titre de travail

*** Les conditions d'admission sont formulées dans les règlements d'examen.

Annexe 3: Acteurs potentiels dans le domaine de la santé (disponible en allemand seulement)

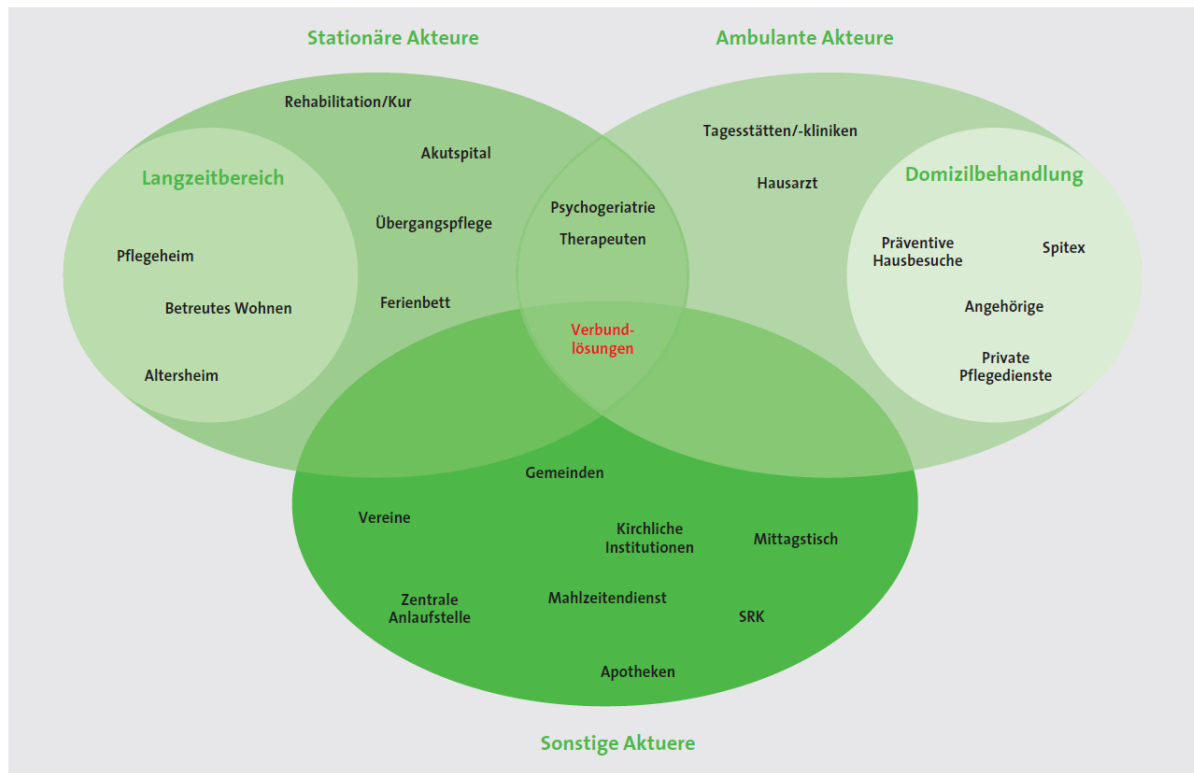
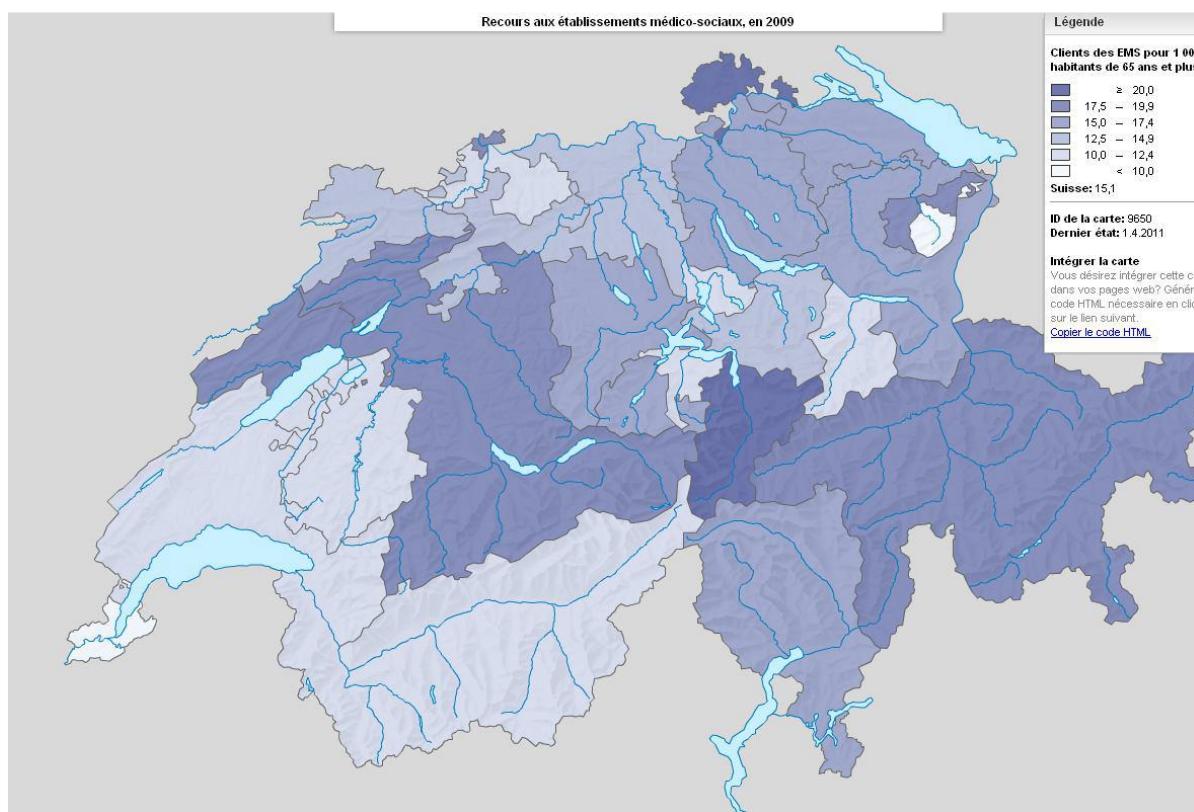


Abbildung 6: Mögliche Akteure. Quelle: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2010.

Annexe 4: Recours aux services des institutions médico-sociales, 2009



Source: Office fédéral de la statistique. Statistique des institutions médico-sociales 2009.

Annexe 5: Coûts des soins de longue durée par responsable du financement

1) Coûts des soins de longue durée d'après le régime de financement 2011^{a)b)} (Présentation selon l'OFSP)

Année 2011	Cantons ^{c)}	AOS ^{d)}	Communes	Allocation pour impotent AVS ^{e)}	Confédération ^{f)}	Total ^{g)}	Privé ^{h)}	pour le suivi ⁱ⁾	Total soin ^{j)}
EMS (longue durée)	575	1'593	603	508	-	3'279	3'430	1'305	6'708
Association des services d'aide et de soins à domicile	420	499	333			1'253	421	238	1'674
PC AVS (EMS/assoc. aide et soins à dom.)	1'539					1'539			1'539
Organisations cantonales d'aide et de soins	384					384			384
Total 2011	2'919	2'091	936	508	-	6'454	3'851	1'543	10'305

Sources : OFS, coûts du système de santé par prestation et selon le régime de financement 2011, T. 14.5.3.5

OFS, 13-A Coûts d'exploitation par principaux centres de charges, par canton de l'établissement, 2011

OFS, statistique de l'aide et des soins à domicile 15.2. Finances par canton (recettes provenant de : repas, prest. domestiques et suivi social et patients)

- a) Les chiffres sont calculés sur la base des prix courants comme dépenses nettes (les dépenses nationales ne tiennent pas compte de la participation des ménages privés)
- b) L'AFF a estimé les coûts des soins de longue durée par centres de financement pour l'année 2011. La différence par rapport à la présentation de l'OFSP s'élève à un total de CHF 220 mio. pour les dépenses publiques, du fait des différentes approches utilisées pour le traitement des chiffres.
- c) Incluent une partie des contributions fédérales, qui dépendent des dépenses périodiques des PC
- d) Franchises et quote-parts ainsi que RIP non prises en compte (chiffre net)
- e) Incluent une partie des contributions fédérales, allouées à l'allocation pour impotent AVS
- f) Une partie des contributions fédérales est comprise pour les cantons ainsi que pour l'allocation pour impotent AVS. La RIP n'est pas prise en compte.
- g) Total des dépenses publiques (nettes) sans prise en compte de la RIP et de l'aide sociale
- h) Inclut les dépenses « Out-of-Pocket », assurances privées et autres financements privés
- i) Proportion frais de suivi dans les dépenses « Out of Pocket »
- j) Total des coûts pour les soins de longue durée (public et privé) sans prise en compte de la RIP et de l'aide sociale

2) Estimation des frais des soins de longue durée d'après le régime de financement d'ici 2045

Base :

	Cantons	AOS	Communes	Allocation pour impotent AVS	Confédération	Total	Privé ^{l)}	pour le suivi ⁱ⁾	Total soin
Calcul AFF 2011	2'798	1'831	772	468	322	6'191	n.c.	n.c.	n.c.
Projections AFF ^{k)} 2045	8'888	5'794	2'407	1'843	973	19'544	n.c.	n.c.	n.c.
Facteur pour les projections 2045	3.2	3.2	3.1	3.9	3.0	3.2	-	-	-

k) Calcul des projections de dépenses pour les soins de longue durée de l'AFF du 24.2.2015, Tableau 2

Évaluation pour 2045^{l)}

Coûts 2011 selon le chapitre 1)	2'919	2'091	936	508	-	6'454	3'851	1'543	10'305
Facteur^{m)}	3.2	3.2	3.1	3.9	3.0	3.2	3.2	3.2	3.2
Évaluation de l'OFSP 2045	9'271	6'618	2'918	2'002	-	20'375	12'323	4'938	32'976

l) Privé : Pour l'évaluation 2045, les coûts supportés par les ménages privés sont calculés (proportionnellement) avec le même facteur que celui applicable aux dépenses publiques (total, AVS inclus)

m) Le facteur est basé sur les prix de 2009, alors que les coûts 2011 reposent sur les prix de 2011 selon le chapitre 1). On a ignoré la déflation pour l'estimation corrigée, cet effet s'inscrivant dans le spectre de variations attendu pour les projections 2045.

Annexe 6: Renseignements détaillés sur les projections des dépenses jusqu'en 2045

1 Evolution des dépenses publiques jusqu'en 2045 pour les soins de longue durée (AOS comprise) pour les personnes de 65 ans et plus, par catégories de dépenses

Le tableau 1 présente l'évolution des dépenses publiques pour les soins de longue durée pour les années 2011 à 2045 d'après le scénario de référence des projections de l'Administration fédérale des finances. Les dépenses publiques pour les soins de longue durée y sont définies comme les dépenses de la Confédération, des cantons, des communes et des assurances sociales (AVS et AOS). En 2011, les contributions des cantons aux EMS représentaient la plus grande part des dépenses publiques en matière de soins (48 %), suivies des prestations complémentaires à l'AVS pour soins de longue durée (19 %), financées par les cantons, et des contributions pour services de soins et d'aide à domicile (Spitex, 15 %), également à la charge des cantons. Les autres dépenses publiques se répartissaient entre les allocations pour impotent de l'AVS (API AVS) (9 %), la part de la RIP pour soins de longue durée (7 %) et la part de l'aide sociale pour soins de longue durée (2 %).

Tableau 1 : Dépenses publiques pour les soins de longue durée jusqu'en 2045 d'après le scénario de référence, contribution aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile et prestations sociales (en millions de frs, prix de 2009)^{170 171}

Année	Total	EMS	Soins à domicile	PC l'AVS ^a	à API AVS	RIP ^a	Aide sociale ^a	soci-
2011	6 192	2 976	925	1 146	582	430	133	
2020	8 381	4 045	1 236	1 558	788	573	181	
2025	9 631	4 825	1 467	1 858	940	676	216	
2030	11 999	5 811	1 757	2 238	1 130	803	260	
2035	14 377	6 989	2 080	2 692	1 355	949	313	
2040	16 914	8 259	2 408	3 181	1 594	1 102	370	
2045	19 544	9 576	2 750	3 688	1 843	1 259	429	

Source : AFF, OFS, OFSP.

^a Uniquement la part des soins de longue durée aux 65 ans et plus.

On admet que la répartition des coûts totaux entre les différents types de dépenses ne varie pas.

¹⁷⁰ Estimation basée sur l'hypothèse selon laquelle les contributions cantonales et communales aux EMS et aux organisations d'aide et de soins à domicile pour les soins de longue durée aux 65 ans et plus représentent 90 % du total des dépenses publiques consacrées aux soins. Cela correspond à la part des dépenses pour les soins de longue durée aux 65 ans et plus dans le total des dépenses consacrées aux soins en 2009. La nouvelle répartition des charges financières liée au nouveau financement des soins est basée sur une estimation de l'Office fédéral de la santé publique pour 2002 extrapolée à l'année 2011.

¹⁷¹ Estimations basées sur l'année 2009. La répartition du financement des soins entre les différents agents payeurs (cantons, communes, AVS et AOS) pour l'année de base 2009 est fondée sur une estimation contenue dans le message du Conseil fédéral de février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins.

2 Evolution des dépenses publiques dans le domaine hospitalier et des traitements ambulatoires jusqu'en 2045, classés par organisme de financement

Tableau II : Dépenses publiques des hôpitaux dans le domaine hospitalier et des traitements ambulatoires (RIP y compris)

Année	Dépenses domaine hospitalier stationnaire				Traitements ambulatoires
	Total (AOS incl.)	Cantons	Communes	AOS (RIP incl.)	AOS (RIP incl.)
2011	13 776	7 807	503	5 465	15 052
2020	17 673	10 571	606	6 497	17 892
2025	19 236	11 546	662	7 029	19 356
2030	20 794	12 528	718	7 548	20 786
2035	22 539	13 629	781	8 129	22 387
2040	24 444	14 828	850	8 766	24 142
2045	26 261	15 973	915	9 373	25 813

Source : AFF, OFS.

Les projections du tableau II excluent entre autres les coûts de la prévention et les frais de traitement dentaire, raison pour laquelle le total projeté des dépenses est inférieur à celui des dépenses publiques de santé (voir tableau 5). Pour les projections des dépenses des domaines ambulatoire et hospitalier (sans les soins de longue durée), le scénario de référence part de l'hypothèse que la population passe la moitié des années de vie gagnées du fait de l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé.

3 Projections des dépenses jusqu'en 2045 : scénario optimiste et pessimiste

L'incertitude quant à l'évolution future des dépenses de soins de longue durée a conduit au calcul de différents scénarios : quel que soit le scénario retenu, il faut s'attendre d'ici 2045 à une hausse sensible de ces dépenses, hausse qui se situera dans une fourchette d'au moins 17,1 à un peu moins de 22,2 milliards de francs. Dans une hypothèse plus optimiste quant à l'évolution du taux de personnes nécessitant des soins dans la population dont l'espérance de vie aura augmenté (scénario du « healthy ageing »), la hausse des dépenses publiques en matière de soins d'ici 2045 serait inférieure de 0,3 % du PIB, soit (après correction du renchérissement) de 2,4 milliards de francs par rapport à la hausse admise dans le scénario de référence. Dans une hypothèse plus sceptique, si l'on admet que ce même taux ne s'améliorera pas (scénario du « pure ageing »), la hausse des dépenses publiques en matière de soins serait supérieure de 0,3 % du PIB, soit (après correction du renchérissement) d'un peu moins de 2,7 milliards de francs par rapport à la hausse admise dans le scénario de référence.

En raison de l'incertitude quant à l'évolution future des dépenses publiques de santé, le scénario de référence pour ces dépenses, comme pour celles des soins de longue durée, a été complété de deux autres scénarios (cf. tableau III). Quelle que soit la configuration retenue, il faut également s'attendre à une hausse sensible des dépenses publiques de santé (AOS comprise) d'ici 2045.

Tableau III : Total des dépenses publiques de santé (AOS comprise, sans les soins de longue durée) – scénario optimiste et pessimiste

Scénario	Différence par rapport au scénario de référence			
	en millions de frs, prix de 2009		en pourcent du PIB	
	2030	2045	2030	2045
Healthy ageing^a	-1 448	-2 463	-0,2	-0,3
Pure ageing^b	+1 496	+2 549	+0,2	+0,3

Source : AFF.

^a La population passe la totalité de la durée de vie gagnée en bonne santé (scénario optimiste).

^b La population est malade pendant la totalité de la durée de vie gagnée (scénario pessimiste).

Tableau IV : Total des dépenses publiques de soins de longue durée (AOS comprise) et de santé – scénario optimiste et pessimiste

Scénario	Différence par rapport au scénario de référence			
	en millions de frs, prix de 2009		En pourcent du PIB	
	2030	2045	2030	2045
Healthy ageing^a	-2 544	-4 882	-0,4	-0,6
Pure ageing^b	+2 678	+5 230	+0,4	+0,6

Source : AFF.

^a La population passe la totalité de la durée de vie gagnée en bonne santé (scénario optimiste).

^b La population est malade pendant la totalité de la durée de vie gagnée (scénario pessimiste).

4 Dépenses de l'AOS : structure actuelle et évolution prévue d'ici 2045

Sur le total des dépenses de l'AOS, la part pour les soins à domicile s'élevait à 2,4 % en 2013, contre 6,6 % pour les soins en EMS. La part des coûts consacrés aux soins à domicile et en EMS représentait donc moins d'un dixième des dépenses totales de l'AOS. Environ un quart des dépenses étaient affectées au domaine « soins stationnaires à l'hôpital », contre 17 % pour les traitements ambulatoires à l'hôpital et 18 % pour les médicaments. Le reste, soit un peu moins d'un tiers, était affecté aux soins ambulatoires, dont 22 % au domaine « Soins ambulatoires en cabinet » (voir à ce propos la figure I).¹⁷²

¹⁷² Office fédéral de la santé publique (2013). Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2013, tableau T 2.17.

Figure I : Structure des dépenses de l'AOS 2013

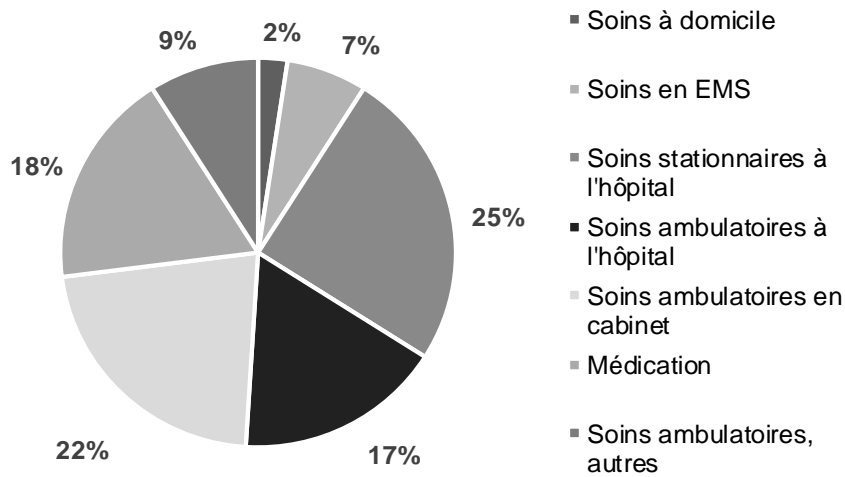
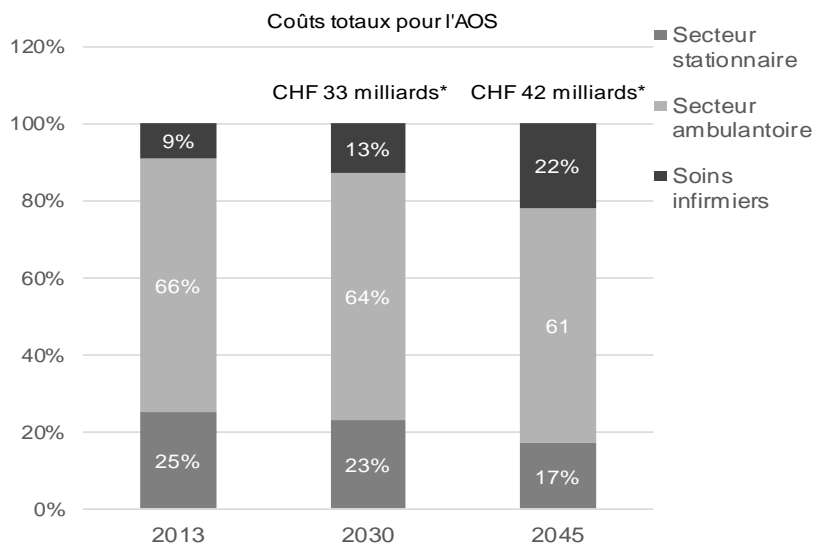


Figure II : Structure comparée des dépenses de l'AOS jusqu'en 2045



* 2030 et 2045 aux prix de 2009

5 Charge supplémentaire de l'AOS pour les ménages

Tableau V : Charge supplémentaire de l'AOS pour les ménages résultant des dépenses pour soins de longue durée et des dépenses de santé (sans les soins de longue durée) et dépassant la croissance du revenu du ménage (en moyenne 1 % par an)

Charge (supplémentaire) pour les ménages		2011	2030	2045
en pourcent du revenu moyen disponible du ménage	Soins de longue durée	0,7 %	+0,4 %	+0,8 %
	Santé (hormis soins de longue durée)	6,7 %	+0,4 %	+0,9 %
	Total	7,4 %	+0,8 %	+1,7 %
en millions de frs (prix de 2009)	Soins de longue durée		+1 413	+3 627
	Santé (hormis soins de longue durée)		+1 616	+4 102
	Total		+3 029	+7 729

Source: AFF, OFS.

6 Aperçu des dépenses totales de santé d'ici 2045

Tableau VI : Aperçu des dépenses totales de santé en 2045, classées par organisme de financement, et de leurs conséquences pour les budgets fédéral, cantonaux et communaux et ceux des ménages privés (charge des primes AOS) et des employés (cotisations AVS) en millions de francs

	Con-fédération	Cantons	Communes	AOS	AVS
Dépenses totales santé ^a					
Soins de longue durée	973 (+651)	8 888 (+6 090)	2 407 (+1 635)	5 794 (+3 963)	1 482 (+1 014)
Santé (hormis soins de longue durée)	4 675 (+1 896)	21 622 (+10 359)	1 699 (+651)	35 186 (+14 669)	-
Total santé en 2045	5 648 (+2 547)	30 510 (+16 449)	4 106 (+2 286)	40 980 (+18 632)	1 482 (+1 014)
Charge supplémentaire pour les pouvoirs publics^{b/} Charge supplémentaire sur les revenus des ménages/les salaires^c					
Soins de longue durée	515	4 904	1 312	3 627	884
Santé (hormis soins de longue durée)	716	5 584	212	4 102	-
Total santé en 2045	1 231	10 488	1 524	7 729	884
Hausse des impôts par les pouvoirs publics^{d/} Hausse de la part des revenus des ménages/de la cotisation salariale^e					
Soins de longue durée	+0,6 %	+8,3 %	+3,6 %	+0,8 %	+1,6 %
Santé (hormis soins de longue durée)	+0,9 %	+9,3 %	+0,6 %	+0,9 %	-
Total santé en 2045	+1,5 %	+17,6 %	+4,2 %	+1,7 %	+1,6 %

Source: AFF, OFS.

a Le nombre entre () correspond à la hausse des dépenses entre 2011 et 2045.

b La charge supplémentaire indiquée correspond à la part des recettes projetées aux différents niveaux des pouvoirs publics pour l'année concernée qu'il faudrait consacrer en plus au financement du surcroît des dépenses de santé par rapport à la hausse des recettes résultant du développement économique. Ce montant ne représente qu'un pur indicateur de politique fiscale ; il ne constitue évidemment en aucun cas un précédent pour la décision de financement concrète dans le futur.

c La charge supplémentaire des ménages correspond à la part des hausses de primes d'AOS qui ne peut être compensée par la croissance du revenu moyen disponible des ménages. La charge AVS supplémentaire correspond au supplément de dépenses qui ne peuvent pas être compensées par des hausses de salaire.

d L'augmentation des impôts nécessaire à la couverture des charges supplémentaires est indiquée en pour-cent des recettes

fiscales du niveau des pouvoirs publics concerné. Selon la définition de la statistique des finances publiques, les recettes fiscales correspondent pratiquement aux impôts perçus, auxquels s'ajoutent au niveau cantonal les régales, les concessions et les patentes. Ce montant ne représente qu'un pur indicateur de politique fiscale ; il ne constitue évidemment en aucun cas un précédent pour la décision de financement concrète dans le futur.

e Le pourcentage de la charge AOS se réfère à la somme des revenus des ménages privés après déduction des impôts et des cotisations aux assurances sociales sans la charge des primes AOS. Les points de pourcentage AVS désignent la hausse des cotisations salariales nécessaire à la couverture des charges supplémentaires. Ce montant ne représente qu'un pur indicateur de politique fiscale ; il ne constitue évidemment en aucun cas un précédent pour la décision de financement concrète dans le futur.