

11.062

**Message
concernant l'initiative populaire
«Oui à la médecine de famille»**

du 16 septembre 2011

Monsieur les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent message, nous vous proposons de soumettre au vote du peuple et des cantons l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» en leur recommandant de la rejeter. Nous vous soumettons simultanément un contre-projet direct en vous proposant de l'accepter et de le soumettre au vote du peuple et des cantons en même temps que l'initiative populaire en leur recommandant de l'accepter.

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

16 septembre 2011

Au nom du Conseil fédéral suisse:

La présidente de la Confédération, Micheline Calmy-Rey
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

Condensé

Le contre-projet direct à l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» tient compte des revendications justifiées de l'initiative, sans toutefois inscrire dans la Constitution un statut particulier pour un groupe professionnel spécifique.

La proposition de disposition constitutionnelle du Conseil fédéral se concentre sur la médecine de base coordonnée et multiprofessionnelle de haute qualité, dans laquelle les médecins de famille tiennent un rôle central. De plus, le contre-projet direct est accompagné d'une série de mesures pour répondre à court et à moyen terme aux difficultés dans la médecine de famille.

L'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» a été déposée le 1^{er} avril 2010, avec plus de 200 000 signatures. Elle a pour objectifs de garantir la médecine de famille dans toute la Suisse, de lui assurer des possibilités optimales de diagnostic et de traitement, et d'encourager la relève des médecins de famille. Elle vise essentiellement à ce que la médecine de famille soit, en règle générale, la médecine de base pour le traitement des maladies et des accidents et pour les questions d'éducation sanitaire et de prophylaxie (prévention comprise).

L'initiative prévoit pour cela de compléter la Constitution par un nouvel art. 118b, qui prévoit en cinq alinéas des dispositions programmatiques, mais aussi des prescriptions concrètes concernant la reconnaissance et l'encouragement des médecins de famille, ainsi que l'amélioration de leur situation professionnelle et financière.

Le Conseil fédéral s'est prononcé le 13 octobre 2010 contre l'initiative populaire et en faveur d'un contre-projet direct. Il considère que les grandes lignes proposées dans l'initiative, qui promeuvent exclusivement les médecins de famille, ne proposent pas de solution viable, pour assurer une médecine de base adéquate, accessible à tous et de haute qualité. Cependant, il reconnaît que l'initiative contient des revendications justifiées dans certains domaines. Pour cette raison, le contre-projet direct met au centre une médecine de base en réseau, coordonnée et multiprofessionnelle, dans laquelle les médecins généralistes, c'est-à-dire les médecins de famille, continueront à jouer un rôle central. En conséquence, le contre-projet direct prévoit que la Confédération et les cantons s'engagent pour une médecine de base accessible à tous et de haute qualité et qu'ils reconnaissent et promeuvent la médecine de famille comme élément essentiel de celle-ci.

Les compétences respectives de la Confédération et des cantons n'en sont pas modifiées en principe. Seules les compétences législatives de la Confédération dans les domaines de la formation et la formation postgrade ainsi que de l'exercice de la profession seront élargies. La Confédération doit en plus pouvoir soutenir des mesures en vue du développement et de la coordination de l'approvisionnement en soins de base. Pour assurer la qualité des prestations, la Confédération doit pouvoir prendre elle-même des mesures.

Pour répondre à court et à moyen terme aux difficultés de la médecine de famille, le contre-projet direct est accompagné d'une série de mesures destinées à l'amélioration de la formation et de la formation postgrade, de la recherche et de l'exercice de la profession de médecin de famille.

Table des matières

Condensé	6954
1 Aspects formels et validité de l'initiative	6958
1.1 Teneur de l'initiative	6958
1.2 Aboutissement et délais de traitement	6959
1.3 Validité	6959
2 Origine de l'initiative	6959
2.1 Contexte et occasion	6959
2.2 Auteurs de l'initiative	6960
2.3 Objectifs et revendications	6960
3 Commentaire de l'initiative et catalogue de revendications	6961
4 Appréciation de l'initiative	6964
4.1 Revendications de l'initiative	6964
4.2 Conséquences de l'initiative en cas d'acceptation	6964
4.2.1 Conséquences lors de l'établissement des titres postgrades	6964
4.2.2 Conséquences pour la répartition des compétences et des tâches	6965
4.2.3 Conséquences pour le système de santé	6966
4.3 Avantages et inconvénients de l'initiative	6967
4.3.1 Généralités	6967
4.3.2 Situation actuelle des médecins de famille	6968
4.3.3 Objectifs trop ambitieux et revendications excessives	6970
5 Conclusions	6971
6 Contre-projet direct: grandes lignes de l'objet	6973
6.1 Introduction	6973
6.2 Résultats de la consultation	6973
6.3 Teneur	6975
6.4 Systématique	6975
7 Commentaires sur le contre-projet	6975
8 Revendications déjà satisfaites ou en voie de l'être	6981
9 Relation avec d'autres dispositions de la Constitution	6983
9.1 Art. 117 Cst. (Assurance-maladie et assurance-accidents)	6983
9.2 Art. 118 à 119a Cst. (protection de la santé, médecines complémentaires, recherche sur l'être humain, procréation médicalement assistée et génie génétique dans le domaine humain, médecine de la transplantation)	6984
9.3 Art. 63, 63a et 64 Cst. (formation)	6984
9.4 Art. 64 Cst. (Recherche)	6985
9.5 Art. 95, al. 1, Cst. (activité économique lucrative privée)	6986
9.6 Autres dispositions constitutionnelles	6987

10	Conséquences du contre-projet direct	6987
11	Compatibilité avec les engagements internationaux pris par la Suisse	6988
	Arrêté fédéral concernant la médecine de base (contre-projet à l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille»)	
	<i>(Projet)</i>	6991

Message

1 Aspects formels et validité de l'initiative

1.1 Teneur de l'initiative

La teneur de l'initiative populaire fédérale «Oui à la médecine de famille» est la suivante:

La Constitution¹ est modifiée comme suit:

Art. 118b (nouveau) Médecine de famille

¹ Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que la population dispose d'une offre de soins médicaux suffisante, accessible à tous, complète et de haute qualité fournie par des médecins de famille.

² Ils encouragent la médecine de famille et veillent à ce qu'elle reste une composante essentielle des prestations de soins de base et constitue, en règle générale, la médecine de base pour le traitement des maladies et des accidents et pour les questions d'éducation sanitaire et de prophylaxie.

³ Ils œuvrent à l'établissement d'une répartition équilibrée des médecins de famille entre les régions, créent des conditions propices à l'exercice de la médecine de famille et encouragent la collaboration avec les autres prestataires et institutions du domaine de la santé et du domaine social.

⁴ La Confédération légifère sur:

- a. la formation universitaire, la formation postgrade et la recherche clinique en médecine de famille;
- b. les moyens de garantir l'accès à la profession de médecin de famille et de faciliter l'exercice de cette profession;
- c. l'extension et la rémunération appropriée des prestations de nature diagnostique, thérapeutique et préventive fournies par les médecins de famille;
- d. la reconnaissance et la valorisation du rôle particulier qu'assume le médecin de famille auprès des patients en termes de conseil et de coordination;
- e. la simplification des tâches administratives et les formes d'exercice de la profession adaptées aux conditions modernes.

⁵ Dans sa politique en matière de santé, la Confédération tient compte des efforts déployés par les cantons, les communes et les milieux économiques dans le domaine de la médecine de famille. Elle soutient leurs démarches en vue d'assurer l'utilisation économique des moyens et de garantir la qualité des prestations.

¹ RS 101

1.2 **Aboutissement et délais de traitement**

L'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» a été déposée le 1^{er} avril 2010 avec le nombre requis de signatures. Par décision du 27 avril 2010, la Chancellerie fédérale a constaté que l'initiative, avec 200 210 signatures valables, avait abouti².

L'initiative a la forme d'un projet rédigé. Le Conseil fédéral lui oppose un contre-projet. Conformément à l'art. 97, al. 2, de la loi du 13 décembre 2002 sur le Parlement (LParl)³, le Conseil fédéral a donc jusqu'au 1^{er} octobre 2011 pour soumettre à l'Assemblée fédérale un projet d'arrêté fédéral accompagné d'un message. L'Assemblée fédérale a jusqu'au 1^{er} octobre 2012 pour traiter l'initiative populaire, et elle peut proroger ce délai d'un an si l'un des conseils au moins a pris une décision sur un contre-projet ou un projet d'acte en rapport étroit avec l'initiative populaire (art. 100 et 105, al. 1, LParl).

1.3 **Validité**

L'initiative satisfait aux critères de validité énoncés à l'art. 139, al. 3, Cst.:

- a. elle revêt la forme d'un projet rédigé et respecte le principe de l'unité de la forme;
- b. il existe un lien matériel entre les différentes parties de l'initiative, qui respecte ainsi le principe de l'unité de la matière;
- c. ne violant aucune des règles impératives du droit international, elle respecte le principe de la compatibilité avec le droit international.

L'initiative doit par conséquent être déclarée valable.

2 **Origine de l'initiative**

Les considérations qui suivent sur le contexte, les objectifs et les revendications concrètes des auteurs de l'initiative se fondent sur les documents détaillés (commentaire, matériel et revendications) publiés sur le site du comité d'initiative⁴ dans la version disponible au moment de la rédaction du présent message.

2.1 **Contexte et occasion**

L'initiative a pour origine les inquiétudes des médecins de famille pour l'avenir et l'importance de leur profession. Ils remarquent depuis plusieurs années qu'en Suisse, la médecine de famille perd constamment en prestige, en importance et en poids économique, si bien que son attrait diminue pour les futures générations de médecins. De ce fait, les jeunes médecins seraient de moins en moins intéressés à se

² FF 2010 2679

³ RS 171.10

⁴ www.oamf.ch (rubrique Initiative); depuis le lancement de l'initiative, ces documents ont été modifiés et complétés, notamment dans le cadre de la consultation. Les présentes considérations se réfèrent à la version disponible le 30 mai 2011.

spécialiser en médecine de famille et, par exemple, à reprendre des cabinets de médecin de famille.

Cette évolution, combinée avec l'augmentation prévue de la demande en prestations médicales ambulatoires en raison de l'évolution démographique (vieillesse de la population, prévalence accrue de maladies chroniques, multimorbidité, etc.)⁵, pourrait aboutir d'ici dix à quinze ans à une grave pénurie de médecins de famille, ce qui compromettrait la médecine de premier recours dans son ensemble.

Selon les auteurs de l'initiative, la perte de prestige de la médecine de famille serait due pour une bonne part à une politique de santé défavorable, en particulier de la part de la Confédération.

A les en croire, «pendant des années, la Berne fédérale a consciemment et de manière ciblée affaibli, défavorisé, détruit, démonté, délaissé le groupe professionnel des médecins de famille et des pédiatres et l'a conduit au bord de l'extinction»⁶.

C'est dans ce contexte que les médecins de famille demandent la prise en compte de leurs revendications, auxquelles le monde politique n'aurait pas répondu jusqu'ici de façon adéquate.

2.2 Auteurs de l'initiative

L'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» émane de l'association professionnelle des médecins de famille et de l'enfance («Médecins de famille Suisse»), qui a été fondée le 17 septembre 2009 par les trois sociétés professionnelles des médecins de base (Société suisse de médecine générale [SSMG], Société suisse de médecine interne [SSMI] et Société suisse de pédiatrie [SSP]) pour poursuivre ensemble des objectifs de politique professionnelle, et qui l'a lancée le 1^{er} octobre 2009 déjà⁷.

Le comité d'initiative est composé de 26 médecins spécialistes en médecine générale, en médecine interne ou en pédiatrie.

2.3 Objectifs et revendications

L'initiative a pour objectif que la population suisse dispose d'une offre de soins médicaux ambulatoires de base suffisante, accessible à tous, complète et de haute qualité, fournie par des médecins de famille. La Confédération n'aurait pas besoin pour cela de nouvelles compétences, mais des correctifs devraient être apportés en faveur de la médecine de base.

Les principales revendications dérivées de cet objectif sont les suivantes:

- une formation universitaire et postgrade performante;
- l'exercice facilité de la profession;

⁵ Observatoire suisse de la santé (Obsan): Offre et recours aux soins ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030. Neuchâtel, 2008.

⁶ Tschudi, conférence de presse pour le lancement de la campagne des médecins de famille, 31 mars 2011.

⁷ Cf. www.medecinsdefamille.ch/

Al. 4

D'après l'al. 4, la Confédération doit légiférer dans plusieurs domaines pour atteindre les objectifs de l'initiative. Comme relevé dans le commentaire, la plupart des éléments énumérés entrent d'ores et déjà dans les compétences de la Confédération. Certains points du texte de l'initiative contiennent toutefois des précisions qui empiètent partiellement sur les compétences des cantons. Concrètement, la Confédération est appelée à intervenir dans les cinq domaines suivants:

Formation universitaire, formation postgrade et recherche clinique en médecine de famille (let. a):

Dans le domaine de la formation universitaire, les revendications formulées sont les suivantes:

- création d'instituts universitaires pour la médecine de famille et, dans chacune des cinq facultés de médecine que compte la Suisse, établissement d'une chaire de professeur ordinaire en médecine de famille;
- renforcement de l'enseignement universitaire en médecine de famille par des modules obligatoires et stage individuel dans un cabinet (p. ex., une demi-journée par semaine pendant une année pour tous les étudiants).

Dans le domaine de la *formation postgrade*, le comité d'initiative revendique la création d'un cursus «médecin de famille» du médecin spécialisé en médecine interne générale, cursus décrit en détail dans le catalogue de revendications¹⁰. Concrètement, il demande une garantie des places de stage pour ce cursus de médecin de famille.

Dans le domaine de la *recherche*, enfin, les revendications sont les suivantes:

- soutien et développement d'une recherche clinique centrée sur le patient; et
- création d'un programme de recherche national en médecine de famille par l'investissement de 5 à 10 millions de francs.

Moyens de garantir l'accès à la profession de médecin de famille et de faciliter l'exercice de cette profession (let. b):

Dans ce domaine, les revendications formulées sont les suivantes:

- abolition des restrictions d'admission pour les médecins de famille;
- abandon définitif de la clause du besoin et du gel des cabinets;
- acquisition de tous les certificats nécessaires en cours de formation postgrade;
- facilitation et soutien pour les gardes d'urgence, de week-end et de nuit;
- création d'incitatifs pour les régions moins prisées (géographie, politique sociale);
- soutien logistique et financier, selon les besoins;

¹⁰ www.oamf.ch (rubrique Initiative / Nos revendications)

- possibilité de gérer un cabinet comme une SA (avec de bonnes conditions de reprise pour le successeur);
- encouragement des structures journalières (crèche, garderie, travail à temps partiel, etc.).

Extension et rémunération appropriée des prestations de nature diagnostique, thérapeutique et préventive fournies par les médecins de famille (let. c):

La Confédération veille, au moyen de dispositions appropriées, à rendre l'exercice de la médecine de famille plus attrayant et plus intéressant par le développement et une rémunération adéquate des possibilités diagnostiques, thérapeutiques et préventives.

Les revendications suivantes sont associées à la let. c de l'al. 4:

- infrastructure de base pour un cabinet de groupe (instruments de travail tels que laboratoire, ECG, spirométrie, radiologie, échographie, etc., afin que le médecin soit en mesure de poser son diagnostic et de décider d'une thérapie; propharmacie au cabinet médical; assistante médicale: garantie de la formation, valorisation de la profession, admission de l'assistante médicale en tant que prestataire de services et rémunération du travail délégué selon tarif);
- rémunération des prestations: tarif propre aux médecins de famille (prise en compte des prestations techniques appropriées, réalisation du salaire de référence initialement convenu de 207 000 francs pour une occupation à plein temps, valorisation des fonctions spécifiques telles que planning familial, prophylaxie, promotion de la santé, coordination, etc. et valorisation des prestations déléguées à l'assistante médicale);
- prise en compte du cabinet comme un tout du point de vue de la gestion (prestations médicales au sens étroit du terme, et en plus service d'urgence, radiologie, laboratoire, propharmacie, etc.);
- coordination des modifications dans la liste des spécialités et la liste des analyses, avec modification de la structure tarifaire et de la valeur du point;
- considération globale des coûts de la santé (coûts sociaux, incapacité de travail, etc.).

A cela s'ajoutent, selon le commentaire, deux autres revendications: abandon par les assureurs de l'application de formes cachées de clause du besoin et suppression des entraves (de nature administrative, juridique et fiscale) à l'exercice de la profession.

Reconnaissance et valorisation du rôle particulier qu'assume le médecin de famille auprès des patients en termes de conseil et de coordination (let. d):

Le comité d'initiative renvoie ici à la revendication, formulée à propos de la let. c, d'un nouveau tarif propre aux médecins de famille, dans lequel les fonctions spécifiques et les prestations déléguées aux assistantes médicales sont illustrées.

Simplification des tâches administratives et formes d'exercice de la profession adaptées aux conditions modernes (let. e):

La let. e de l'al. 4 recouvre largement les mêmes revendications que celles formulées en rapport avec la let. b concernant les moyens de faciliter l'exercice de la profession. Viennent s'en ajouter deux autres touchant le travail administratif:

- publication de prescriptions permettant de simplifier les tâches administratives et de décharger les médecins de famille pratiquant comme indépendants;
- rémunération correcte des tâches administratives selon le temps effectivement consacré.

Al. 5

Par cette disposition de principe, affirme le commentaire, les auteurs de l'initiative entendent tenir compte du principe de subsidiarité et de la répartition des compétences en vigueur. La Confédération est tenue d'avoir égard à l'ordre fédéraliste et de le respecter. Avec la revendication que la Confédération récompense l'utilisation économique des moyens financiers et soutienne les mesures appropriées pour garantir la qualité, les auteurs de l'initiative démontrent en outre qu'ils ne sont pas uniquement préoccupés par l'amélioration de la situation financière des médecins de famille.

4 Appréciation de l'initiative

4.1 Revendications de l'initiative

L'initiative a pour objectif d'assurer l'avenir de la médecine de famille sur tout le territoire suisse, de lui garantir des possibilités optimales d'investigation et de traitement et d'assurer la relève. Ainsi, l'initiative exprime des préoccupations justifiées qui sont également partagées par le Conseil fédéral. Toutefois, elle attribue une position extraordinaire aux médecins de famille dans la Constitution, ce qui serait au détriment des autres groupes professionnels de la médecine de base. En vue des défis futurs qu'il faudra relever pour garantir une médecine de base adéquate, accessible à tous et de qualité, cela ne serait pas une solution viable.

En revanche, le contre-projet direct proposé met l'accent sur une médecine de base en réseau, coordonnée et multiprofessionnelle, dans laquelle les médecins généraliste, c'est-à-dire les médecins de famille, continuent à jouer un rôle central.

4.2 Conséquences de l'initiative en cas d'acceptation

4.2.1 Conséquences lors de l'établissement des titres postgrades

L'objet essentiel de l'initiative est la médecine de famille. Cette notion, si elle est courante dans le langage populaire, n'est pas clairement définie dans le monde professionnel, comme les auteurs de l'initiative l'admettent eux-mêmes¹¹: il existe différentes filières de formation de diverses durées débouchant sur des titres divers qui, selon la perspective, sont attribués ou non à la médecine de famille. La simple définition des titres à attribuer à la médecine de famille serait déjà extrêmement

¹¹ Cf. commentaires de l'initiative populaire, ch. 3.1 (sur le site www.oamf.ch).

difficile, en particulier si l'on pense aux engagements internationaux de la Suisse (cf. ch. 11).

Les professionnels sont de plus en plus convaincus qu'une formation postgrade d'au moins cinq ans (avec titre de médecin spécialiste à la clé) est nécessaire pour garantir la qualité requise dans la médecine de base. Mais avec l'exigence explicite de cette durée dans le commentaire de l'initiative, les médecins praticiens, qui suivent une formation postgrade de trois ans seulement et qui aujourd'hui sont comptés au nombre des médecins de premier recours, seraient exclus du groupe des spécialités faisant partie de la médecine de famille. Cependant, selon l'annexe 1 de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les professions médicales (OPMéd)¹², la formation postgrade de médecin praticien débouche sur un titre postgrade fédéral. De plus, ce titre fait partie des titres de formation reconnus énumérés dans l'annexe III de l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes conclu entre la Suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP)¹³. Une exclusion des médecins praticiens ne serait donc pas compatible avec les engagements internationaux pris par la Suisse, ni avec le droit européen en la matière.

Dans le cadre de la révision de l'art. 55a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹⁴, on a décidé le 12 juin 2009¹⁵ d'exempter les médecins de premier recours de la limitation de l'admission à pratiquer. Par la suite, le législateur a précisé la notion en énumérant dans la LAMal les titres de formation concernés: il s'agit des spécialistes en médecine générale, des spécialistes en médecine interne, des pédiatres, mais aussi des médecins praticiens.

Il est donc clair que la clarification de la notion de médecine de famille dans le sens voulu par les auteurs de l'initiative entraînerait déjà des difficultés considérables.

4.2.2 Conséquences pour la répartition des compétences et des tâches

L'initiative oblige la Confédération à édicter des prescriptions dans divers domaines (formation universitaire et formation postgrade, recherche clinique, moyens de garantir l'accès à la profession et de faciliter l'exercice de la profession, extension et rémunération appropriée des prestations de médecine de famille, reconnaissance et valorisation du rôle particulier qu'assume le médecin de famille auprès des patients en termes de conseil et de coordination, simplification des tâches administratives et formes d'exercice de la profession adaptées aux conditions modernes). Cela nécessite d'abord des révisions des réglementations existantes, notamment, de la législation sur l'assurance-maladie et accidents, ainsi que sur les professions médicales. Mais cela entraînerait aussi certaines modifications dans la répartition actuelle des tâches et des compétences entre la Confédération et les cantons, notamment s'agissant des prescriptions exigées concernant les instituts universitaires et les chaires universitaires de médecine de famille, et dans le domaine des moyens de garantir l'accès à la profession et de faciliter l'exercice de la profession. Des modifications

¹² RS 811.112.0

¹³ RS 0.142.112.681

¹⁴ RS 832.10

¹⁵ RO 2009 5265

devraient également être apportées dans la répartition des tâches entre l'Etat et les acteurs privés, par exemple dans le domaine de la rémunération des prestations, où la Confédération devrait empiéter sur l'autonomie tarifaire et créer le cas échéant pour les médecins de famille de nouveaux postes comptables dans le catalogue de prestations Tarmed (p. ex., pour de nouvelles prestations de nature diagnostique, thérapeutique ou préventive et pour des activités de conseil et de coordination).

4.2.3 Conséquences pour le système de santé

L'article constitutionnel proposé par les auteurs de l'initiative limiterait à l'avenir la marge de manœuvre de la Confédération et des cantons dans leur recherche de modèles de soins modernes et adéquats, car l'accès au système de santé devrait passer en règle générale par les médecins de famille.

L'acceptation de l'initiative aurait d'autres incidences majeures sur les possibilités de la Confédération et des cantons d'influer sur le domaine de la médecine de famille en termes de qualité ou de quantité. Toutes les formes de limitation de l'admission à pratiquer seraient durablement impossibles en ce qui concerne les médecins de famille. Des interventions de l'Etat nécessaires pour des raisons de qualité, d'économie ou d'efficacité ne seraient pas non plus admissibles si elles risquaient de toucher directement ou indirectement l'accès à la profession de médecin de famille ou l'exercice de cette profession. Dans ce cas, la Confédération et les cantons se verraient priver par la Constitution de tout instrument de pilotage, même dans les régions où la médecine de premier recours serait surreprésentée. L'augmentation du volume des prestations qui pourrait en résulter entraînerait des conséquences financières durables. L'extension des prestations fournies par les médecins de famille et leur rémunération appropriée auraient également de considérables incidences financières durables. Si ces prestations ne pouvaient être rémunérées de façon neutre en termes de coûts (transfert depuis d'autres fournisseurs de prestations), le surcoût devrait être couvert soit par les primes des assurances sociales, soit par des recettes fiscales de la Confédération et des cantons.

Le commentaire de l'initiative exige le soutien de la recherche en médecine de famille dans le cadre d'un programme national de recherche à hauteur de 5 à 10 millions de francs. Ces fonds devraient être réunis en plus de ceux mis à disposition, ou alors il faudrait renoncer à réaliser d'autres projets pour un montant équivalent.

Actuellement, toutes les facultés de médecine disposent d'instituts de médecine de famille; cependant, selon les auteurs de l'initiative, ils sont insuffisamment dotés. Il faut dire qu'il y a à cet égard de grosses différences entre les universités. C'est pourquoi les cantons – ou la Confédération, puisqu'en vertu de l'al. 3 de l'initiative elle devrait légiférer en la matière – devraient supporter les coûts des chaires de professeur ordinaire de médecine de famille dans les universités.

Outre la disparition mentionnée des possibilités de pilotage de l'offre de soins, l'octroi aux médecins de famille du statut de première voie d'accès au système de santé aurait des effets sur l'ensemble de ce système, à commencer par le domaine de la médecine ambulatoire. Les médecins de famille jouiraient d'une position privilégiée par rapport à d'autres groupes de médecins spécialistes (p. ex., cardiologues,

orthopédistes ou psychiatres) et à d'autres professionnels de la santé (p. ex., infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes ou psychologues cliniques).

Cependant, dans les régions rurales ou urbaines où la densité de cabinets de médecins de famille faiblit, il ne serait guère possible à l'avenir de garantir l'accès à la médecine de base sans recourir à d'autres groupes professionnels.

Quoi qu'il en soit, cette revendication des auteurs de l'initiative porte dans une certaine mesure atteinte au libre choix du médecin. Or les débats parlementaires de ces dernières années (sur le projet de *managed care*, p. ex.) ont montré qu'on accorde de toutes parts une grande importance à cette liberté de choix.

Différents acteurs (p. ex., la Fédération des Médecins Suisses, FMH) estiment que l'extension et la rémunération appropriée des prestations fournies par les médecins de famille ne peuvent pas être neutres en termes de coûts. Par conséquent la charge financière pesant sur le système de santé s'alourdirait. S'agissant de la rémunération appropriée des prestations, les commentaires de l'initiative visent une amélioration du revenu des médecins de famille (autonomie tarifaire et tarif à la prestation). L'importance des conséquences financières dépendra de la manière de concrétiser cette revendication. Les coûts supplémentaires devraient être supportés par la population, sous la forme d'une hausse des primes ou des impôts.

4.3 Avantages et inconvénients de l'initiative

4.3.1 Généralités

Bien que quelques-uns des objectifs de l'initiative paraissent tout à fait justifiés, notamment dans le contexte du changement structurel qui se dessine dans la médecine de base (en particulier s'agissant de la reprise de cabinets individuels), la disposition constitutionnelle proposée est inappropriée. Elle est très détaillée, mais manque pourtant par endroits de clarté (p. ex., s'agissant de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons et sous l'angle terminologique) et elle est parfois redondante. Cet état de fait pourrait mener à un élargissement constant du catalogue des revendications.

Par ailleurs, la focalisation exclusive sur les médecins de famille au niveau de la Constitution paraît très problématique. Elle constitue une inégalité de traitement malvenue, par exemple à l'égard d'autres médecins spécialistes et d'autres professionnels de la médecine de base, pour lesquels du reste une pénurie commence aussi à se dessiner. De plus, les revendications de l'initiative, qui exige une offre de soins médicaux à la fois complète et de haute qualité fournie par les médecins de famille (cf. al. 1) sont en soi contradictoires: la médecine de famille ne peut pas traiter de façon adéquate toutes les affections et les questions qui se présentent (p. ex., maladies psychiques, éducation sanitaire et prévention, médecine dentaire). Réduire la médecine de premier recours à un seul modèle de soins – le modèle du médecin de famille – ne rendrait justice ni à la diversité des conditions régionales, ni à celle des besoins des patients. C'est pourquoi il devrait y avoir encore d'autres modèles généraux ou au cas par cas à l'avenir, par exemple pour la première consultation, le tri et le traitement des patients, incluant d'autres professionnels de la médecine de base. On pense notamment aux pharmaciens, aux chiropraticiens, à d'autres membres du corps médical (p. ex., pour les consultations de télémédecine), aux infirmières ou encore à d'autres professions thérapeutiques. De même, l'importance du rôle

de l'assistante médicale, soulignée à plusieurs reprises dans les documents de l'initiative est incontestée. Cependant, toutes les tâches ne peuvent pas lui être confiées, surtout s'agissant des patients présentant une polyopathie complexe; il faut recourir pour cela à d'autres professionnels ayant suivi une formation spécifique (p. ex., dans les professions soignantes).

4.3.2 Situation actuelle des médecins de famille

Conformément au rapport du 16 septembre 2011 en réponse à la motion 08.3608 du 2 octobre 2008 de la conseillère nationale Jacqueline Fehr («Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours») les déclarations suivantes peuvent être faites:

On constate qu'en Suisse, la densité médicale est l'une des plus élevées parmi les pays de l'OCDE. Le nombre de médecins ne cesse d'augmenter, surtout en raison de l'immigration en provenance des pays voisins. Cela vaut aussi pour les médecins de premier recours, dont le nombre augmente d'année en année. Ces constats contredisent l'opinion largement répandue selon laquelle il y aurait aujourd'hui déjà pénurie de médecins de famille. Ce qui est problématique, en revanche, c'est l'inégalité de la répartition, qui a produit une situation tendue dans certaines régions.

Pour l'année 2010, la statistique des médecins de la FMH¹⁶ recense 30 273 médecins: 16 087 d'entre eux pratiquent en cabinet. Parmi ceux-ci, 7693 (48 %) sont attribués à la médecine de premier recours sur la base de leur domaine de spécialisation¹⁷. Le pourcentage de médecins de premier recours pratiquant en cabinet est donc resté plutôt stable. C'est la répartition des âges qui pose problème; elle conduira temporairement, dans les cinq à dix prochaines années, à un besoin de médecins de premier recours. Chez les hommes, qui représentent 70 % des médecins de famille, le cabinet individuel reste la forme la plus fréquente de pratique, avec 67 % (alors que 53 % des femmes pratiquent en cabinet individuel). C'est pourquoi la cessation de l'activité professionnelle touchera surtout les cabinets individuels.

Le pourcentage de médecins de premier recours paraît également stable si l'on considère le nombre de nouveaux titres postgrades fédéraux attribués. Mais si l'on compte en plus les médecins ayant déjà achevé leur formation postgrade qui arrivent en Suisse et font reconnaître leur titre de formation, ce pourcentage diminue. Néanmoins, en chiffres absolus, le groupe des médecins de premier recours¹⁸ n'a cessé de grossir. Cependant, la croissance est plus forte encore chez les spécialistes. Cela provient du fait qu'à l'heure actuelle, plus de la moitié des médecins en exercice ont été formés à l'étranger. Il n'est donc pas étonnant que 44 % des autorisations de pratiquer la profession délivrées en 2010 par les cantons aient été données à des médecins formés à l'étranger.

¹⁶ La FMH ne dispose pas d'un recensement complet des médecins pratiquant en établissement, raison pour laquelle le nombre effectif des médecins occupés en Suisse devrait être nettement plus élevé.

¹⁷ Ces médecins disposent d'un titre de formation postgrade en médecine générale, en médecine interne, en pédiatrie ou de médecin praticien; 659 médecins sans domaine principal de spécialisation sont en outre attribués à ce groupe.

¹⁸ Le nombre de médecins à disposition des patients a été établi sur la base des titres postgrades fédéraux accordés et des titres de formation reconnus de 2005 à 2010.

En 2010, 405 médecins de premier recours ont obtenu une autorisation de pratiquer la profession; cela représente une augmentation de 39 % par rapport à 2009¹⁹. Le pourcentage de médecins formés à l'étranger est légèrement moindre dans ce groupe que dans celui des spécialistes. Il faut toutefois préciser que le nombre d'autorisations octroyées ne suffit pas pour dire combien de ces médecins exercent ou exerceraient effectivement comme «médecins de famille», ni dans quelle proportion. Mais même si leur pouvoir explicatif est limité, ces chiffres indiquent clairement une croissance.

Aujourd'hui, en raison des capacités du système de formation, la médecine de premier recours ne peut donc être assurée qu'au prix d'une forte immigration de médecins étrangers. Mais cela est encore plus vrai pour les spécialistes.

Les chiffres disponibles montrent que les problèmes (ponctuels) de remise des cabinets de médecin de famille ne sont pas dus à une quantité insuffisante de futurs médecins de famille. Le nombre de titres postgrades fédéraux octroyés ne permet pas de conclure à une perte d'attrait de ces domaines de spécialisation. Mais, de manière générale, les attentes à l'égard de la profession ont changé. Elles s'accordent de moins en moins au modèle professionnel traditionnel de la médecine de famille (cabinet individuel). Il est donc douteux que l'on puisse trouver des solutions adéquates et durables même dans les régions périphériques simplement en améliorant la situation financière des médecins de famille. Aujourd'hui déjà, ceux-ci gagnent nettement mieux leur vie dans les régions rurales que dans les centres²⁰. Les problèmes de reprise de cabinets individuels, en particulier dans les régions reculées, ne devraient donc pas être faciles à résoudre même si l'initiative était acceptée.

L'excès de la demande en prestations médicales prévu pour les prochaines années en raison, d'une part, de la répartition défavorable des âges parmi les médecins de premiers recours et, d'autre part, du vieillissement de la population ne touche pas seulement les médecins de famille, mais aussi d'autres domaines de la médecine de base. Dans le domaine des soins en particulier (hospitaliers et extrahospitaliers), la situation en matière de personnel est déjà tendue aujourd'hui, et un manque important en personnel qualifié est prévu pour les dix prochaines années²¹.

Le problème de fond est donc que la Suisse forme en règle générale trop peu de professionnels de la santé pour pouvoir répondre à la demande uniquement par du personnel formé dans le pays. Il faudrait réduire la dépendance par rapport aux professionnels formés à l'étranger surtout par esprit d'équité vis-à-vis des autres pays, mais aussi sous l'angle de la sécurité de l'approvisionnement en soins. Par sa politique de recrutement dans les pays environnants, la Suisse contribue indirectement à l'aggravation de la situation dans des pays où cet approvisionnement est déjà précaire («effet domino», «exode des cerveaux»).

Ces considérations montrent que dans l'ensemble, l'initiative n'apporte pas de réponse adéquate aux problèmes qui se posent et vise trop unilatéralement à améliorer la situation des seuls médecins de famille. Mais cela empêche la souplesse nécessaire au développement durable de l'offre de prestations actuelle en direction d'une

¹⁹ Cette augmentation devrait être due en partie au moins à la levée, au 1.1.2010, du gel des admissions pour les médecins de premier recours, conformément à l'art. 55a LAMal.

²⁰ Hasler, N.; Reichert, M. (2008): Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2005 (neu) und 2004 (Re-Evaluation).

²¹ Observatoire suisse de la santé: Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020. Neuchâtel 2009.

médecine de base mieux coordonnée, qui réponde aux besoins et soit de haute qualité tout en étant efficiente. Un tel objectif ne peut être atteint qu'avec la participation de tous les professionnels actifs dans la médecine de base au bénéfice des patients.

4.3.3 Objectifs trop ambitieux et revendications excessives

Les revendications de l'initiative sont excessives dans les domaines suivants:

Formation universitaire et formation postgrade

La revendication d'instituts universitaires et de chaires de professeur ordinaire en médecine de famille empiète de façon indue sur les compétences des cantons et leur autonomie en matière de hautes écoles. Il faut éviter d'instaurer une compétence fédérale primant les compétences cantonales, mais limitée à une seule profession.

Dans le domaine de la formation postgrade, c'est l'organisation professionnelle de la médecine humaine (la FMH, et plus précisément l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) qui définit, dans le cadre des prescriptions légales, le contenu des différents cursus et les présente au Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour accréditation. L'initiative pourrait fonder l'exigence que la Confédération prescrive en détail le cursus «Médecin de famille» pour le cas où il ne se présenterait pas sous la forme souhaitée (cf. ch. 3.4). Mais il n'y a pas de raison d'édicter ici de telles prescriptions et de s'écarter de la répartition des tâches qui a fait ses preuves en matière de formation postgrade entre la Confédération et les acteurs privés.

Recherche

Dans le cadre des programmes nationaux de recherche, les instituts de médecine de famille peuvent postuler aux mêmes conditions que ceux des autres disciplines. La Confédération ne peut aujourd'hui exercer d'influence directe sur l'attribution de ces programmes, et c'est là un choix délibéré. Au regard du principe de l'égalité de traitement et de la liberté de la recherche, il serait hautement problématique que la Confédération édicte des prescriptions en la matière au seul bénéfice de la médecine de famille.

Moyens de garantir l'accès à la profession

D'une part, il serait choquant, sous l'angle de la liberté économique et du principe de l'égalité de traitement, que la Confédération favorise les seuls médecins de famille dans le sens demandé. D'autre part, on ne voit pas comment elle pourrait garantir de façon générale et complète l'accès à une profession donnée. La formulation ouverte de cette revendication pourrait aussi causer des difficultés dans la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons.

De plus, la Confédération et les cantons se verraient privés de tout instrument de pilotage. Toutes les formes de limitation de l'admission à pratiquer seraient durablement impossibles en ce qui concerne les médecins de famille, même dans les régions où la médecine de premier recours serait surreprésentée. L'augmentation du volume des prestations qui pourrait en résulter entraînerait des conséquences financières durables.

Simplifications administratives et formes modernes d'exercice de la profession

La recherche de simplification dans les tâches administratives et leur mise en œuvre est une tâche constante; justement dans le domaine de l'examen de l'économicité, les partenaires concernés devraient rechercher des solutions ensemble (cf. initiatives parlementaires Heim (07.483), Meyer-Kälin (07.484) et Cassis (07.485) «Egalité de traitement des médecins généralistes»). Cependant, la documentation adéquate de l'activité du médecin étant nécessaire en regard de la coordination du remboursement des prestations par les assurances sociales, elle doit être acceptée dans la mesure où les charges y relatives sont comparables à celles d'autres petites entreprises ou d'autres branches.

L'intervention de l'état dans la liberté de l'économie privée d'aménager de nouveaux modèles d'exercice de la profession, revendiquée par l'initiative, induit un risque de surréglementation et ainsi une augmentation des charges administratives. Ceci porterait atteinte à la liberté économique et pourrait même entraver l'esprit d'initiative.

5 Conclusions

Le Conseil fédéral estime, lui aussi, que la médecine de famille constitue un pilier essentiel de la médecine de base. C'est pourquoi plusieurs revendications justifiées de l'initiative ont déjà été concrétisées au niveau de la loi et des ordonnances, et des mesures ont été prises ou sont prévues en rapport avec d'autres revendications (cf. ch. 8). Par ailleurs, les médecins de famille sont déjà intégrés aujourd'hui dans divers groupes de travail et plateformes de la Confédération et des cantons. C'est ainsi que le groupe de travail «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours» et le forum «Médecine de premier recours» ont été créés en 2006 dans le cadre du Dialogue «Politique nationale de la santé». Les médecins de famille sont également invités à participer au groupe de travail «interprofessionnalité» dans le cadre de la plateforme «Avenir de la formation médicale». Dans la même plateforme, mais au sein du groupe de travail «Financement de la formation médicale postgraduée», on cherche, entre autres, une solution pour le financement de l'assistant au cabinet médical. Enfin, plusieurs rencontres ont lieu chaque année entre le directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et des représentants de la médecine de famille. De plus, les médecins de famille sont régulièrement associés aux activités de la Confédération qui les concernent (p. ex., campagnes de vaccination contre la grippe, programmes de prévention).

Cela dit, le Conseil fédéral convient avec les auteurs de l'initiative que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir une médecine de base accessible à tous et de haute qualité. Cependant, comme on l'a exposé, l'initiative est inappropriée à bien des égards pour résoudre, de façon ciblée, les problèmes qui se posent.

L'initiative se focalise en effet sur la médecine de famille, qui serait le seul groupe professionnel de la médecine de premier recours à être mentionné dans la Constitution. La chose est problématique, et pas seulement sous l'angle de l'égalité de traitement. La tendance évolue clairement vers une médecine de base coordonnée, dans laquelle la médecine de famille occupe certes une position centrale, mais qui aujourd'hui déjà est assurée également par d'autres professionnels de la santé, médecins ou non. En outre, le problème de la relève, surtout dans les régions péri-

phériques, ne se pose pas seulement pour la médecine de famille. Il est de fait que l'on ne forme pas suffisamment de personnes aujourd'hui en Suisse, ni en médecine de famille, ni dans d'autres spécialités de la médecine, ni dans d'autres groupes professionnels du domaine de la santé tels que le personnel soignant (cf. ch. 4.3.2).

Le fait que l'initiative aille très loin dans les détails tout en usant de formules floues est également problématique. Ainsi, dans le texte constitutionnel proposé, plusieurs notions sont utilisées dans le contexte de la médecine de famille sans être clairement définies. Comme on l'a exposé (cf. ch. 4.2.1), et comme les auteurs de l'initiative l'admettent eux-mêmes²², la notion même de médecine de famille n'est pas claire. La terminologie est imprécise aussi aux al. 1 et 2: on ne sait pas si l'«offre de soins médicaux» dans son ensemble doit être proposée par la médecine de famille (al. 1) ou si cette dernière constitue seulement «une composante essentielle des prestations de soins de base» (al. 2). En outre, plusieurs notions juridiques vagues sont utilisées, p. ex. «constitue, en règle générale, la médecine de base», ou «les moyens de garantir l'accès à la profession». La crainte qu'il soit possible d'en tirer sans cesse de nouvelles revendications se matérialise déjà dans le catalogue de revendications élaboré par les auteurs en parallèle avec l'initiative et adapté durant la consultation. Certaines obligations constitutionnelles imposées à la Confédération par le texte de l'initiative sont problématiques aussi bien sous l'angle du droit que des institutions politiques (p. ex., la garantie de l'accès à la profession). Enfin, le flou terminologique génère aussi des difficultés dans la délimitation des compétences entre la Confédération et les cantons: on ne sait pas trop, en dernier ressort, quelles compétences reviennent à la Confédération en vertu de l'al. 4 (p. ex., en ce qui concerne la création et la dotation exigées d'instituts universitaires de médecine de famille, ou la réorganisation des services des urgences). Il est apparu en outre, dans le cadre de la consultation, que les cantons s'opposent avec véhémence à un transfert de compétences vers la Confédération, surtout s'il ne va pas de pair avec une reprise des charges financières (cf. ch. 6.2).

Les conséquences financières en cas d'acceptation de l'initiative sont difficiles à apprécier: elles diffèrent selon que l'extension des prestations fournies par la médecine de famille et leur rémunération adéquate sont financées par des transferts au détriment des spécialistes ou qu'elles doivent être compensées par des hausses des primes ou des impôts. A cela s'ajoutent les fonds qui devraient être mis à disposition pour l'encouragement spécifique de la recherche en médecine de famille et pour le financement des infrastructures universitaires exigées.

Avec la garantie de l'accès à la profession, qui selon les commentaires de l'initiative doit être comprise comme l'abolition de toutes les restrictions d'admission au sens de l'art. 55a LAMal (gel des admissions) et l'abandon définitif de la clause du besoin, toute possibilité de pilotage serait exclue en cas d'excès de prestations généralisé ou limité à certaines régions. Une telle norme constitutionnelle va trop loin, de l'avis de Conseil fédéral, et ne permet pas d'atteindre l'objectif visé. En outre, d'autres revendications de l'initiative – comme exposé plus haut – sont liées à des conséquences imprévisibles.

A l'inverse, plusieurs souhaits légitimes des auteurs de l'initiative sont déjà satisfaits ou en voie de l'être: le projet de révision de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPmédi)²³ reconnaît l'importance d'une formation postgrade qualifiée

²² www.jzh.ch > Initiative > Commentaires, ch. 3

²³ RS 811.11

pour les généralistes, telle qu'elle est assurée aujourd'hui déjà par le nouveau titre postgrade de médecine interne générale. En outre, comme exposé plus haut, la Confédération et les cantons s'occupent intensivement depuis 2006, dans le cadre de groupes de travail communs, des problèmes et des perspectives de la médecine de famille. Par ailleurs, la Confédération a soutenu divers projets des médecins de famille dans le cadre des activités de recherche de l'administration fédérale, et permis le réseautage avec d'autres services de la Confédération et des cantons. Dans le domaine de la rémunération également, les effets des mesures sont observés et évalués spécifiquement pour les médecins de premiers recours (cf. monitoring de la liste des analyses, ch. 8)

Pour toutes ces raisons, le Conseil fédéral rejette l'initiative.

6 Contre-projet direct: grandes lignes de l'objet

6.1 Introduction

Le contre-projet direct entend inscrire dans la Constitution la médecine de base de l'avenir, dans laquelle la médecine de famille jouera un rôle important. Contrairement à l'initiative, il centre le propos sur une médecine de base accessible à tous et de haute qualité. La Confédération et les cantons sont tenus de s'engager en faveur de cette médecine de base. Le contre-projet répond ainsi de façon plus complète et plus ciblée aux problèmes qui se posent et à ceux qui se dessinent. Par contre, il ne touche pas pour l'essentiel à la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons dans le système d'approvisionnement des soins et évite les mesures interventionnistes. Les compétences de la Confédération sont complétées en ce qui concerne la formation, la formation postgrade et l'exercice de la profession (al. 2). De plus, la Confédération doit pouvoir prendre des mesures pour l'assurance de la qualité des prestations (cf. al. 3, let. b).

6.2 Résultats de la consultation

En tout, 115 réponses ont été données dans le cadre de la consultation. On en trouvera une présentation détaillée dans le rapport sur les résultats de la consultation²⁴.

25 cantons, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), 7 des 13 partis consultés, deux associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne ainsi que 5 des 8 associations faitières de l'économie approchées ont répondu. 7 des 13 organisations intercantionales ont pris position. Du côté du corps médical, 26 réponses en tout ont été rendues, dont 11 provenant des médecins de famille et des pédiatres. Des avis ont aussi été donnés par les associations d'autres professions de la santé (11 réponses) et par des représentants et des institutions du domaine de la formation (13 réponses). Enfin, 11 réponses sont parvenues d'associations de seniors et d'organisations de promotion de la santé et de défense des patients et des consommateurs. Ont également donné leur avis les associations d'hôpitaux, l'industrie pharmaceutique et les assurances et leurs associations (7 réponses).

²⁴ www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2011.html#DFI

22 réponses approuvaient clairement le contre-projet direct, tandis que 46 y étaient favorables, mais exigeaient des adaptations fondamentales, et 47 le rejetaient. 5 avis étaient en faveur de mesures introduites par une adaptation du droit en vigueur (contre-projet indirect).

Parmi les cantons, 17 se sont prononcés en faveur d'une adaptation du contre-projet direct, la plupart s'appuyant sur la réponse-type de la CDS. Celle-ci critique le contre-projet mis en consultation parce qu'il ne se limite pas à la médecine de base ambulatoire et qu'il modifie en partie la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons. Elle juge en outre que la notion de médecine de base n'est pas définie assez clairement, que les conditions auxquelles la Confédération peut intervenir ne sont pas suffisamment décrites et que la question de l'équivalence fiscale (correspondance entre la compétence de pilotage et le financement) n'est pas réglée. 8 cantons rejettent clairement le contre-projet direct et 2 préféreraient un contre-projet indirect.

Du côté du corps médical, la FMH apprécie la décision du Conseil fédéral d'opposer à l'initiative un contre-projet direct, montrant ainsi sa volonté d'améliorer le statut de la médecine de famille. La FMH montre aussi une certaine compréhension pour l'extension proposée de la disposition constitutionnelle à la médecine de base, mais juge que dans l'ensemble, le contre-projet mis en consultation est impropre à atteindre l'objectif visé. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) s'exprime dans le même sens.

Par contre, les diverses associations nationales et cantonales des médecins de famille et des pédiatres rejettent résolument le contre-projet direct mis en consultation. La Conférence des sociétés cantonales de médecine et la plupart de ces sociétés ont également adopté une attitude de rejet, arguant que le contre-projet direct ne répondait pas suffisamment aux revendications de l'initiative en vue de résoudre les problèmes des médecins de famille. Les Médecins de famille Suisse reprochaient en particulier au Conseil fédéral d'avoir pris l'initiative populaire comme prétexte pour ancrer la médecine de base dans un article constitutionnel sans contribuer pour autant à résoudre les problèmes que rencontre la médecine de famille. Le projet mis en consultation a été qualifié de diverses parts d'étatiste et de dirigiste.

Le contre-projet direct a également été rejeté par le Parti démocrate-chrétien suisse (PDC), le Parti écologiste suisse (Les Verts), le Parti chrétien-social (PCS) et le Parti socialiste suisse (PS). L'Union démocratique du centre (UDC) et les Libéraux-Radicaux (PLR) rejetaient aussi bien l'initiative que le contre-projet direct. Seul le Parti vert libéral (PVL) reconnaissait à ce dernier le potentiel d'une alternative à l'initiative populaire.

Les participants favorables au contre-projet direct (p. ex., les groupes professionnels non médicaux, les hôpitaux, la plupart des assureurs, le CSST et une partie des institutions de formation) se félicitaient surtout que celui-ci poursuive l'objectif de garantir une médecine de base complète, coordonnée, accessible à tous et de haute qualité, fournie de façon interdisciplinaire, approche qualifiée d'innovante et de globale. Elle est en effet centrée sur les intérêts des patients et préconise une médecine de base coordonnée, qui dépasse le cadre de la médecine ambulatoire. Ces participants rejetaient sans équivoque l'idée d'accorder au niveau constitutionnel un statut particulier à un seul groupe professionnel, les médecins de famille.

En raison des critiques émises concernant certains éléments du projet mis en consultation, le Conseil fédéral présente aux Chambres fédérales un contre-projet qui ne

prévoit plus de compétences subsidiaires en faveur de la Confédération. Mais il conserve l'approche fondamentale d'une médecine de base qui ne soit pas fournie exclusivement par un groupe professionnel – les médecins de famille –, approche soutenue par la plupart des cantons et par de nombreux autres participants à la consultation. Le projet qui suit se limite donc aux mesures nécessaires, du point de vue de l'approvisionnement en soins, en complément des réglementations et compétences existantes.

6.3 Teneur

Le contre-projet direct à l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» est le suivant:

Art. 117a Cst. Médecine de base

¹ Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons s'emploient à promouvoir une médecine de base accessible à tous et de qualité. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle de la médecine de base et l'encouragent.

² La Confédération légifère sur la formation et la formation postgrade dans le domaine des professions de la médecine de base et sur les conditions d'exercice de ces professions.

³ Elle peut:

- a. participer à l'élaboration de bases visant à développer et à coordonner la médecine de base;
- b. prendre des mesures visant à garantir la qualité des prestations.

6.4 Systématique

Une intégration de la disposition constitutionnelle proposée ici sur la médecine de base parmi les normes de compétences visant la protection de la santé et de la personnalité de l'être humain (art. 118 à 119a Cst.²⁵) ne paraît pas judicieuse.²⁶ Pour conserver le lien entre l'art. 117 Cst. et les autres dispositions touchant la sécurité sociale, il convient d'intégrer la nouvelle disposition en tant qu'art. 117a Cst.

7 Commentaires sur le contre-projet

Le contre-projet direct entend garantir une médecine de base accessible à tous et de haute qualité. 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'affec-

²⁵ Seul l'art. 118a (médecines complémentaires) n'a pas pour objectif premier la protection de la santé et de la personnalité.

²⁶ L'initiative populaire demande que la nouvelle disposition soit inscrite dans la Constitution fédérale en tant qu'art. 118b. Mais, entre-temps, la place a été prise par l'art. 118b (recherche sur l'être humain) entré en vigueur le 7 mars 2010.

tions multiples), ce système doit évoluer à l'avenir en direction de nouvelles formes de soins intégrées et interprofessionnelles. Une collaboration étroite entre les différentes professions de la santé en constituera un élément essentiel. C'est pourquoi une bonne harmonisation de la réglementation des formations universitaire et postgrade dans toutes les professions de la médecine de base s'impose. Enfin, des exigences posées à l'échelle suisse pour l'exercice de ces professions produisent une uniformisation judicieuse dans l'esprit de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur le marché intérieur²⁷ et simplifient ainsi les tâches cantonales de surveillance et d'exécution dans le domaine des professions de la santé. La Confédération doit aussi pouvoir soutenir les différents acteurs en ce qui concerne le développement et la coordination de la médecine de base. De plus, elle doit prendre des mesures appropriées pour que la qualité soit garantie.

Al. 1

La norme constitutionnelle est introduite par une disposition programmatique qui ne modifie en rien la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons. L'al. 1 contient un mandat général à l'adresse des acteurs étatiques, mais qui ne les oblige pas à fournir un résultat sur la base duquel certains groupes professionnels pourraient fonder un droit direct à l'entrée en action de l'Etat. A la différence de l'initiative, la disposition n'est pas centrée sur les intérêts d'un groupe professionnel, mais sur les besoins de la population en matière de médecine de base, en faveur de laquelle chaque collectivité est tenue de s'engager dans le cadre de ses tâches. La définition du terme de médecine de base (en allemand *medizinische Grundversorgung*) procède du besoin général de la population de disposer de biens et de services médicaux de base en matière de soins curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs. Les prestations de la médecine de base ne sont pas fournies par un seul groupe professionnel, mais par différentes professions et institutions. Ce qui est déterminant pour la définition de la médecine de base, c'est que ses prestations de base sont, par expérience, potentiellement ou effectivement sollicitées de façon régulière par une grande partie de la population ou par différents groupes de population, et que cela restera le cas à l'avenir. L'utilisation et la définition du terme allemand de *Grundversorgung* s'inspirent aussi de l'usage qui en a été fait jusqu'ici dans la Constitution²⁸ et les lois fédérales²⁹. Ce terme se distingue en outre des prestations de base assurées dans le cadre du droit d'obtenir de l'aide dans des *situations de détresse* (art. 12 Cst.): les prestations de la médecine de base vont plus loin que l'aide médicale minimale apportée à toute personne en raison d'une situation d'urgence, configurée uniquement en fonction des circonstances concrètes du cas particulier. Inversement, la médecine de base ne comprend pas toutes les *prestations de soins de santé*. Ainsi, les prestations qui ne sont sollicitées qu'isolément (p. ex., traitement de maladies très rares) ou qui pour d'autres raisons (p. ex., disponibilité de connaissances spécifiques touchant certains tableaux cliniques, exigences de qualité, hautes exigences techniques ou conséquences financières) ne peuvent être proposées que sous forme concentrée, n'en font pas partie. Cette offre spécialisée est nécessaire pour les soins de santé, mais elle est visée par l'art. 41 Cst. (cf. ch. 9.6). Le fait que

²⁷ RS 943.02

²⁸ Art. 43a, al. 4 (prestations de base), et. 92, al. 2 (service universel), Cst.; voir aussi l'avant-projet d'art. 41a Cst. du 27 août 2010 (FF 2010 5187)

²⁹ Art. 1, al. 2, de la loi du 30 avril 1997 sur les télécommunications (RS 784.10); section 1 du chap. 2 de la loi du 23 mars 2007 sur l'approvisionnement en électricité (RS 734.7)

le présent article ne porte que sur la médecine de base ne diminue en rien l'importance du système de soins de santé dans son ensemble.

La médecine de base est *accessible à tous* quand ses prestations peuvent être proposées à l'ensemble de la population de toutes les régions du pays et être obtenues dans un délai approprié. Cette condition inclut donc les dimensions tant géographiques que financière et sociale: elle a des conséquences pour ce qui a trait aux régions périphériques, mais aussi pour les groupes de population qui, en raison de limitations liées à l'âge ou à l'état de santé, ont besoin sur place d'une offre de base de prestations de soins. Il faut également que les prestations soient finançables pour les patients, sinon elles ne seraient *de facto* plus accessibles. Les concrétisations et les différences, fondées sur ces aspects, dans l'accès aux prestations de certaines catégories sont laissées à la décision des organes compétents de la Confédération et des cantons.

L'exigence que la médecine de base soit *de haute qualité* implique, entre autres, que les professionnels de la santé soient au bénéfice de formations universitaires et postgrades harmonisées entre elles et que les prestations soient fournies de façon coordonnée et concertée. Mais les soins ne seront aussi de haute qualité que si les prestations requises peuvent être proposées dans la quantité nécessaire; il importe d'éviter ici aussi bien une pénurie qu'un excès de prestations. Enfin, il faut veiller ici à la garantie de la qualité. Des prestations de haute qualité contribuent à éviter des complications et ont donc aussi de ce fait un effet positif sur les coûts. Cela dit, la disposition constitutionnelle s'abstient de préciser quelles prescriptions doivent être données et quelles mesures prises par les autorités et appliquées concrètement dans les différents cas. Il convient néanmoins de signaler ici la stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité.

La *médecine de famille* est explicitement reconnue comme *une partie essentielle* de la médecine de base. En effet, la médecine de famille représente la pierre angulaire des soins médicaux de base, même si ce n'est pas de manière exclusive, et joue ou peut jouer un rôle essentiel dans le suivi global des patients. Mais il est aussi énoncé clairement que la médecine de base ne peut être monopolisée ni par les médecins de famille ni par d'autres groupes professionnels, médicaux ou non. Cela serait peu clairvoyant compte tenu de l'aspect toujours plus interdisciplinaire de la couverture sanitaire de base, et cela pourrait même compromettre cette dernière en cas de pénurie de médecins de famille. Comme exposé dans le commentaire de l'initiative, la notion de médecine de famille est très répandue dans le langage courant, mais elle est toujours controversée dans le monde professionnel.

Dans le cadre de la disposition proposée, la médecine de famille est comprise comme un domaine d'activité médicale axé principalement sur les soins de premier recours. Les exigences en matière de formation et de formation postgrade doivent en tenir compte. Quand à savoir exactement quels diplômes de formation postgrade peuvent être rattachés à la médecine de famille, cette question est laissée à la discrétion du législateur³⁰.

Le présent projet, s'inspirant de dispositions constitutionnelles comparables³¹, donne ainsi l'orientation générale valable pour les différentes collectivités dans le cadre de leurs compétences. Quand ils agiront dans le domaine de la médecine de base, les

³⁰ Cf., pour la législation en vigueur, l'art. 55a LAMal; annexe 1 OPMéd

³¹ Art. 61a, al. 3, et 89, al. 1, Cst.

autorités législatives et les organes chargés de l'application du droit, tant au niveau de la Confédération que des cantons (et des communes) devront toujours poursuivre ces objectifs. En vertu du principe de subsidiarité (art. 5a Cst.), il est déjà acquis – raison pour laquelle cela n'est plus répété – que, pour la médecine de base également, l'activité étatique doit toujours intervenir en complément de la responsabilité personnelle et de l'initiative privée.

Al. 2

Pour atteindre l'objectif d'une médecine de base accessible à tous et de haute qualité, il est essentiel que la formation et la formation postgrade de tous les professionnels impliqués tiennent compte des besoins en matière d'approvisionnement en soins.

Par formation universitaire et formation postgrade, on entend un continuum qui comprend la formation professionnelle de base, la formation donnée dans les hautes écoles spécialisées, les écoles supérieures et les universités, le perfectionnement professionnel et la formation postgrade académique. La formation postgrade sert à approfondir et à étendre les compétences acquises durant la formation et à se spécialiser dans un domaine ou un champ d'activité donnés. On ne définit pas de manière générale, au niveau de la Constitution, ce qui fait partie de la formation universitaire et ce qui relève de la formation postgrade. Il appartiendra au législateur de le faire, en accord avec la terminologie usuelle dans les domaines concernés.

Dans ce contexte, l'al. 2 donne à la Confédération la compétence globale de régler la formation universitaire et la formation postgrade des spécialistes de la médecine de base, et légitime la prise en compte dans cette réglementation d'aspects relevant de la politique de la santé et de l'approvisionnement. Cela comprend, p. ex., une meilleure harmonisation des profils de compétences, avec pour objectif une collaboration plus efficiente et mieux coordonnée. La détermination d'objectifs permettrait en outre d'ancrer dans la loi des connaissances, des aptitudes et des capacités particulières touchant la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle avec des membres d'autres professions, les bases légales du système suisse de sécurité sociale et du système de santé ou l'appréciation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des prestations. En outre, la Confédération pourrait régler les conditions d'accès à la formation et à la formation postgrade.

En outre, la Confédération a la possibilité, sans édicter de prescriptions, de participer aux projets de base des cantons, par exemple, sur l'évaluation de la situation actuelle et la nécessité de développer la formation et la formation postgrade. Une telle participation permettrait de tirer des conclusions sur la qualité et la quantité de cette offre, conclusions décisives pour assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé et garantir la médecine de base.

L'al. 2 permet en outre d'édicter au niveau fédéral des dispositions uniformes concernant les exigences posées à l'exercice de ces professions. L'uniformité à l'échelle suisse des exigences posées à l'exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle est également judicieuse sous l'angle de la loi sur le marché intérieur. La Confédération clarifie ainsi, à l'échelle suisse également, la question de savoir quelles compétences sont qualifiantes pour l'exercice de la profession dans les différentes fonctions et responsabilités. Cela permet un développement du système en direction d'une extension des compétences des groupes professionnels et donc de nouveaux modèles de soins intégrés et interprofessionnels. Le

législateur fédéral devra, le cas échéant, orienter les prescriptions spécifiquement sur les différentes professions en fonction des champs d'activité qui leur sont ouverts.

Les spécialistes de la médecine de base ne comprennent pas seulement ceux qui sont en général appelés médecins de premier recours ou médecins de famille (p. ex., spécialistes en médecine générale ou en médecine interne, pédiatres et médecins praticiens)³². D'autres professionnels, médecins (p. ex., dans le domaine de la psychiatrie, de la cardiologie ou de la gynécologie) ou non (notamment dans la médecine dentaire, la pharmacie et les soins infirmiers, mais aussi, par exemple, dans l'assistantat en cabinet médical, la diététique, l'ergothérapie et la physiothérapie les techniques de radiologie médicale ou le secourisme), apportent des contributions importantes à la médecine de base. La Confédération devra édicter des normes pour la formation et la formation postgrade à différents niveaux: pour la formation à l'université (p. ex., médecine, pharmacie) ou dans les hautes écoles spécialisées (niveau tertiaire A, p. ex., sciences infirmières, conseil nutritionnel) et pour la formation professionnelle supérieure (niveau tertiaire B, p. ex., infirmière dans le domaine de la santé). Il appartiendra au législateur de spécifier les professions reconnues comme spécialistes de la médecine de base.

La présente disposition donne ainsi à la Confédération une compétence qui va plus loin que les dispositions constitutionnelles existant déjà en la matière (cf. ch. 9.3 et 9.4), puisqu'elle peut fixer pour la formation et la formation postgrade et pour l'exercice de la profession des objectifs relevant de la politique de la santé et de l'approvisionnement. La Confédération peut aussi édicter des normes réglementant la formation et la formation postgrade, notamment au niveau des hautes écoles spécialisées, de professions de la médecine de base autres que celles qui sont déjà réglementées (p. ex., les professions médicales universitaires visées par la LPMéd). Elle peut également régler à ce niveau l'exercice de la profession, si cela paraît judicieux et approprié. Au niveau de la formation professionnelle, les professions de la santé sont réglementées de façon exhaustives dans la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (LFPr)³³. Dans ce domaine, il ne faut pas créer une législation parallèle mais assurer la cohérence matérielle nécessaire. Dans ce domaine également, le législateur aurait le cas échéant la possibilité de régler l'exercice de la profession.

Cette compétence ne touche toutefois ni les modalités de financement prévues dans les normes constitutionnelles relatives à la formation, ni les structures de formation qui sont fondées sur ces dispositions. Conformément à la loi du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités (LAU)³⁴ et à la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les hautes écoles spécialisées³⁵ – et, par la suite, conformément à la loi fédérale sur l'aide aux hautes écoles et la coordination dans le domaine suisse des hautes écoles³⁶ –, la Confédération participe aujourd'hui déjà de façon déterminante au financement de la formation au niveau des hautes écoles par des subventions de base, des contributions aux investissements et des contributions liées à des projets.

³² Cf. art. 55a, al. 1, LAMal

³³ RS 412.10

³⁴ RS 414.20

³⁵ RS 414.71

³⁶ FF 2009 4205

Al. 3

En vertu de l'al. 3, *let. a*, la Confédération peut participer à l'élaboration de bases visant à développer et à coordonner la médecine de base.

Cette disposition n'accorde aucune nouvelle compétence de légiférer à la Confédération. La garantie de la médecine de base demeure une tâche des cantons. Au contraire, la possibilité d'une participation de la Confédération à l'élaboration des bases visant à développer et à coordonner dans deux domaines centraux, l'organisation de l'approvisionnement en soins et l'offre en formation et formation postgrade, doit être promue.

La participation de la Confédération ne peut pas seulement se faire par un soutien personnel respectivement technique; la disposition sert le cas échéant de base à une participation financière adéquate.

Le concours technique ou financier de la Confédération se limite *aux projets fondamentaux*: sont compris par exemple les activités de coordination, la participation et le soutien à l'élaboration de concept, la collecte de données ou la réalisation de projets pilotes ou de recherche et des évaluations. Il s'agit de projet soutenus par les cantons et en règle générale limités dans le temps. A l'inverse, un engagement financier durable de la Confédération dans le domaine de l'infrastructure de l'offre est exclu. La «participation» de la Confédération signifie qu'elle n'est pas responsable mais qu'elle devient active seulement sur initiative des cantons et que la réalisation est de leur compétence.

Les possibles champs thématiques auxquels la Confédération pourrait participer sont les projets cantonaux visant le développement des structures de l'offre en soins dans les régions périphériques, ou l'évaluation de modèles de soins innovateurs.

Selon la *let. b*, la Confédération peut prendre de sa propre initiative des mesures qui semblent nécessaires pour garantir la qualité des prestations. Les mesures correspondantes et le cas échéant leur financement devront être réglés dans la loi.

La Confédération peut prendre des mesures pour garantir la qualité des prestations fournies par la médecine de base, par exemple pour améliorer la prise en charge de la maladie (*disease management*) tout au long de la chaîne de traitement. Il peut s'agir ici de prestations aussi bien préventives, curatives, réhabilitatives que palliatives. De plus, des conditions uniformes peuvent être judicieuses en relation avec l'élaboration d'indicateurs de qualité ou avec l'application de normes de garantie de la qualité. Elle peut aussi contribuer à l'application renforcée de lignes directrices reconnues pour le traitement de maladies chroniques (p. ex., diabète, insuffisance cardiaque).

Les revendications suivantes de l'initiative sont soit déjà remplies soit dans la phase de mise en œuvre³⁷:

Formation universitaire et formation postgrade

Le projet de révision de la LPMéd prévoit une adaptation des objectifs de formation universitaire et postgrade concernant la médecine de base³⁸. Cela comprend naturellement les compétences en matière de médecine de famille.

La création du titre postgrade fédéral en médecine interne générale³⁹, en étroite collaboration avec des représentants de la médecine de famille, répond à des besoins essentiels des médecins de famille comme des médecins de premier recours dans le secteur hospitalier.

Assistanat en cabinet médical

Etant donné que la formation postgrade a lieu aujourd'hui presque exclusivement dans le cadre des structures hospitalières, axées essentiellement sur les soins aigus, les cantons ont appuyé la revendication des médecins de premier recours, qui réclamaient une formation postgrade proche de la pratique: la plupart des cantons ont répondu à cette revendication par l'introduction, sous forme de projet pilote, de l'assistanat au cabinet médical (formation postgrade dans des cabinets de médecin de premier recours et des centres de santé). Cette solution a été élaborée, sur mandat du Dialogue «Politique nationale de la santé», par le groupe de travail «Médecine de premier recours» de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de l'OFSP, qui en suit l'application⁴⁰.

Renforcement de l'enseignement et de la recherche

Pour soutenir les instituts de médecine de famille en tant que centres de compétences de l'enseignement et de la recherche dans les universités et mieux coordonner leurs efforts à l'échelle suisse, tous ces instituts ont été invités le 24 février 2011 par le Secrétariat d'Etat à l'éducation et la recherche (SER) sur initiative de l'OFSP et instruits de la possibilité d'obtenir des contributions liées à des projets en vertu de la LAU et de la procédure à suivre. De manière générale, il faut viser un encouragement systématique des projets fondamentaux de recherche sur l'approvisionnement en soins. Dans ce cadre, des thèmes propres à la médecine de famille doivent aussi être pris en compte comme objets de recherche.

³⁷ Une description détaillée des mesures mentionnées ci-après et d'autres initiatives dans ce contexte peut être trouvée dans le rapport du Conseil fédéral du 16 septembre 2011 en réponse à la motion 08.3608 du 2 octobre 2008 de la conseillère nationale Jacqueline Fehr (Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours). En plus, le rapport propose différentes recommandations pour un soutien de la médecine de base ainsi que pour le développement en vue de formes d'approvisionnement adéquates.

³⁸ Cf. Projet mis en consultation le 29 juin 2011

³⁹ Cf. annexe 1 OPMéd

⁴⁰ Rapport sur mandat du groupe de travail «Médecine de premier recours» de la CDS et du DFI: Exigences minimales pour la formation postgrade en cabinet des futurs médecins de premier recours (assistanat au cabinet médical), octobre 2007.

Garantie de l'accès à la profession

Dans le contexte des travaux de révision de la LAMal, des exceptions à la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ont été décidées pour les personnes au bénéfice de certains titres postgrades fédéraux (médecine générale, médecine interne, médecins praticiens, pédiatrie)⁴¹.

Réorganisation des services d'urgence

De nombreuses pistes de solutions ont été élaborées dans le cadre du groupe de travail «Médecine de premier recours» de la CDS et de l'OFSP pour décharger les médecins de premiers recours du service de garde et d'urgence⁴². Le groupe de travail a recommandé, entre autres, un renforcement de la collaboration entre médecins de garde et hôpitaux ou autres centres sous direction médicale (services ambulatoires, call center). Beaucoup de ces recommandations ont été suivies, si bien que les services d'urgence ont été réorganisés dans bien des régions en fonction des contextes et des préférences locaux.

Extension et rémunération appropriée des prestations fournies par les médecins de famille

Suite à la *révision de la liste des analyses*, l'OFSP a lancé un monitoring. Le rapport final est attendu pour fin novembre 2011. Il faut examiner, sur la base des résultats du second rapport intermédiaire, si le supplément de transition va être prolongé pour une durée limitée pour tous les laboratoires, ou seulement pour les laboratoires de cabinet médical, ou transposé dans une réglementation subséquente. Une adaptation éventuelle de la liste des analyses pourrait entrer en vigueur dès 2012.

En lien avec Tarmed et les lacunes de la *structure tarifaire*, une initiative parlementaire du 24 mars 2011 de la CSSS-N (11.429; Tarmed. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral) est pendante devant le Parlement. Elle prévoit ici une compétence subsidiaire du Conseil fédéral (art. 43, al. 5^{bis}, LAMal): selon le texte proposé, le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et si les parties ne peuvent s'entendre sur sa révision. L'incapacité des partenaires tarifaires à s'entendre pour développer le tarif est à l'origine de cette initiative. Le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) a donc entendu en mai 2011 les partenaires tarifaires au sujet de l'état des négociations. Dans le cadre de cet entretien, les principaux éléments de la révision ont été convenus, les partenaires tarifaires devant présenter un projet de révision en automne 2011. La proposition de révision de Tarmed devrait être présentée au Conseil fédéral fin 2012. Les objectifs visés sont notamment la revalorisation des prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques et la simplification de la structure tarifaire. Cette revalorisation doit surtout bénéficier aux médecins de premier recours; quant à la simplification de la structure tarifaire, elle allégera le travail administratif.

Trois autres initiatives parlementaires visant à renforcer la médecine de famille (07.483, 07.484, 07.485) sont pendantes devant le Parlement. Elles portent notam-

⁴¹ Initiative parlementaire 09. 400 (Assurance-maladie. Gel des admissions de fournisseurs de prestations. Solution transitoire) du 16 juin 2009 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N).

⁴² Rapport sur mandat du groupe de travail «Médecine de premier recours» de la CDS et du DFI: Rapport final. Service de garde et d'urgence: mesures et recommandations, 2006.

ment sur l'évaluation de l'économicité des prestations médicales et des simplifications administratives. Le Conseil national s'est fondé sur elles pour proposer de compléter l'art. 56 LAMal par un al. 6, aux termes duquel assureurs et fournisseurs de prestations définissent ensemble la méthode de contrôle de l'économicité. Ce projet doit servir de manière générale à renforcer la médecine de famille et, concrètement, à optimiser la procédure de contrôle de l'économicité. Aux termes de la disposition transitoire, le Conseil fédéral doit définir une méthode de contrôle de l'économicité au cas où les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur une méthode dans les douze mois suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi. L'optimisation de la procédure vise la réduction des charges administratives. Celles-ci sont élevées aujourd'hui parce que les assureurs entreprennent des démarches auprès de très nombreux fournisseurs de prestations, ce qui entraîne des coûts même si au bout du compte il n'y a pas de contestation envers les fournisseurs de prestations en question.

Le rapport de la CSSS-N du 21 janvier 2011 sur les trois initiatives parlementaires⁴³ expose en détail pourquoi il faut tenir compte des critiques émises par le corps médical. La CSSS-N relève, en lien avec la revendication politique d'une amélioration du statut des médecins de premier recours, que le corps médical déplore que la méthode appliquée par les assureurs pour examiner le caractère économique des prestations pénalise en particulier les médecins qui traitent beaucoup de patients atteints de maladies chroniques graves et complexes. En outre, la méthode appliquée manquerait de transparence. La CSSS-N observe aussi que la pression exercée sur les fournisseurs de prestations peut conduire à une détérioration de la qualité des soins, notamment en incitant les médecins à ne plus accepter tous les malades et à orienter les patients ayant besoin de soins exigeants vers d'autres confrères.

9 Relation avec d'autres dispositions de la Constitution

9.1 Art. 117 Cst. (Assurance-maladie et assurance-accidents)

L'art. 117, al. 1, Cst. reconnaît à la Confédération la compétence globale de légiférer sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. Aux termes de l'al. 2, elle peut déclarer l'assurance obligatoire de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Il n'y a pas de conditions matérielles au niveau de la Constitution.

La Confédération a fait usage de cette compétence en édictant la législation sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. Cette législation a exercé une influence considérable sur l'organisation des soins médicaux en Suisse et, partant, de la médecine de base. On trouve en particulier dans la législation sur l'assurance-maladie quelques conditions qui répondent aux objectifs de l'art. 117a Cst. (p. ex., coordination des soins par la planification hospitalière intercantonale, qualité des prestations, soins de haute qualité). De ce fait, l'art. 117 Cst. (ou sa mise en œuvre dans la législation) et l'art. 117a Cst. proposé visent tous deux, partiellement, les mêmes aspects de réglementation.

L'objectif visé, en revanche, est foncièrement différent: l'art. 117 Cst. permet de régler uniquement – mais tout de même – les conditions générales du rembourse-

⁴³ FF 2011 2359

ment des prestations dans le cadre de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents; les normes qui ont un impact sur l'organisation de l'approvisionnement en soins doivent en fin de compte toujours servir les objectifs des assurances sociales concernées. De son côté, l'art. 117a Cst. proposé vise directement et exclusivement la disponibilité d'une médecine de base accessible à tous et de haute qualité. Le présent projet s'inscrit donc dans une tout autre perspective que l'art. 117 Cst. A cela s'ajoute que la norme proposée ici se limite à la médecine de base, alors que l'assurance-maladie selon l'art. 117 Cst. – contrairement à la notion d'«assurance de base» souvent employée dans le langage courant – ne connaît pas de telle limitation et règle, par principe, le remboursement des frais de toutes les prestations de soins selon les critères du droit des assurances sociales.

9.2 Art. 118 à 119a Cst. (protection de la santé, médecines complémentaires, recherche sur l'être humain, procréation médicalement assistée et génie génétique dans le domaine humain, médecine de la transplantation)

Les art. 118 Cst. (protection de la santé), 118b Cst. (recherche sur l'être humain), 119 Cst. (procréation médicalement assistée et génie génétique dans le domaine humain) et 119a Cst. (médecine de la transplantation) délèguent à la Confédération une compétence globale de légiférer sur ces différents domaines. Ces dispositions, et la législation fédérale fondée sur elles, ont pour objectif central la protection de la santé, de la dignité et de la personnalité de l'être humain. Il n'existe de points communs ou de recoupement avec le présent projet que là où les aspects touchant la qualité ou les soins (p. ex., vaccinations contre les maladies transmissibles) font partie aussi bien de la médecine de base que de la réglementation sectorielle. Mais ces points de recoupement ne sont pas un problème.

L'art. 118a Cst. a pour conséquence que la Confédération et les cantons sont tenus de pourvoir à la prise en compte des médecines complémentaires également dans le cadre de la médecine de base. Les autorités législatives et les organes chargés de l'application de la loi ont ici une grande marge de manœuvre. L'obligation de pourvoir à la prise en compte des médecines complémentaires devra aussi être prise en considération pour l'art. 117a Cst., mais il ne faut pas s'attendre à de nouvelles conséquences importantes par rapport à la situation actuelle.

9.3 Art. 63, 63a et 64 Cst. (formation)

La Confédération dispose de diverses compétences dans le domaine de la formation. En vertu de l'art. 63 Cst., la Confédération est habilitée à légiférer sur la formation professionnelle. Celle-ci comprend la formation professionnelle initiale, les écoles préparant à la maturité professionnelle, les filières de formation professionnelle

supérieure et le perfectionnement professionnel. Ne sont plus concernées par l'art. 63 Cst. les hautes écoles spécialisées⁴⁴ ni la formation universitaire.

L'art. 63a Cst. prévoit le partage des compétences dans le cadre du pilotage coordonné du domaine suisse des hautes écoles. Il comprend surtout des normes en matière de compétences, d'organisation et de procédure qui concernent les hautes écoles (universités, hautes écoles techniques, hautes écoles spécialisées et hautes écoles pédagogiques). De plus, la Confédération et les cantons veillent ensemble à la coordination et à la garantie de l'assurance de la qualité dans l'espace suisse des hautes écoles. Une compétence de réglementation subsidiaire, limitée, est reconnue à la Confédération, sur la base de l'al. 5, dans les domaines matériels qui y sont énoncés.

Etant donné que les spécialistes avec formation universitaire (p. ex. les médecins) ou avec une formation d'une haute école spécialisée (particulièrement les infirmiers) jouent un rôle central dans l'approvisionnement en soins, la Confédération doit obtenir la compétence de légiférer aussi sur la formation et la formation postgrade des professions universitaires et des hautes écoles spécialisées. Cette compétence va plus loin que celle octroyée par l'art. 63a al. 5 Cst. (cf. plus loin).

La nouvelle compétence de réglementation ici proposée ne dépend pas de l'atteinte des objectifs communs par la voie de la coordination entre la Confédération et les cantons et peut concerner tous les aspects de la formation (contrairement à l'art. 63a, al. 5, Cst.). Il est évident que la législation concernant la formation et la formation postgrade des spécialistes de la médecine de base devra s'intégrer dans les structures de formation existantes ou en préparation.

En vertu de l'art. 64a Cst., la Confédération a déjà aujourd'hui certaines compétences en matière de réglementation de la formation continue. Il s'agit d'une compétence au niveau d'une loi-cadre, puisque la Confédération est tenue de fixer les principes applicables à la formation continue. En outre, la notion de formation continue à la base de l'art. 64a Cst. est relativement large, et comprend aussi bien la formation continue à vocation professionnelle que la formation continue de portée générale⁴⁵. Elle est centrée sur ce que l'on nomme la *learning-to-learn competence*⁴⁶.

9.4 Art. 64 Cst. (Recherche)

Aux termes de l'art. 64 Cst., la Confédération encourage la recherche scientifique et l'innovation. Elle peut subordonner son soutien à l'assurance de la qualité et à la mise en place de mesures de coordination (al. 2). La Confédération se voit en outre déléguer à l'al. 3 la compétence de gérer, créer ou reprendre des centres de recherche. Le contre-projet – contrairement au texte de l'initiative – ne contient pas de disposition semblable, car l'art. 64 Cst. est également applicable à la recherche dans le domaine de la médecine de base.

⁴⁴ Cf. G. Schmid et M. Schott, Art. 63 BV, in: B. Ehrenzeller et al. (éd.), St. Galler Kommentar zur Schweizerischen Bundesverfassung, 2^e éd., Zurich etc., 2008 (St. Galler Kommentar BV), ch. m. 8.

⁴⁵ Cf. B. Ehrenzeller et K. Sahlfeld, Art. 64a, in: St. Galler Kommentar BV, ch. m. 11. www.jzh.ch > Initiative > Commentaires

⁴⁶ Cf. Communication «Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie», Commission UE, 2001.

Le Conseil fédéral peut charger le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) de mener des programmes de recherche (PNR) d'importance nationale. Les services de l'administration fédérale, de même que toute personne physique ou morale, peuvent présenter au SER des propositions concernant des PNR. Aux termes de l'ordonnance du 10 juin 1985 sur l'encouragement de la recherche et de l'innovation⁴⁷, les propositions de programme doivent montrer que l'objet de la recherche répond aux buts assignés aux programmes nationaux de recherche (p. ex., importance sur le plan national, contributions de plusieurs disciplines, ne pas ressortir exclusivement à la recherche fondamentale ou à la recherche proche de l'industrie, etc.). Les propositions présentées ne seront examinées que si les critères PNR sont remplis. Après avoir fixé les priorités et fait mener des études de faisabilité, le DFI propose périodiquement au Conseil fédéral de réaliser un à trois programmes nationaux de recherche.

L'encouragement de la recherche au moyen de contributions liées à des projets est possible aussi dans le cadre de la LAU. Mais il faut que les projets émanent d'universités et qu'ils satisfassent aux critères fixés. La décision de soutien est dans ce cas du ressort de la Conférence universitaire suisse (CUS). Ainsi, les demandes de recherche en médecine de base sont soumises aux mêmes conditions que les autres disciplines.

9.5 Art. 95, al. 1, Cst. (activité économique lucrative privée)

L'art. 95, al. 1, Cst.⁴⁸ donne à la Confédération la compétence de légiférer sur l'exercice des activités économiques lucratives privées. En vertu de cette disposition, la Confédération jouit d'une large compétence pour légiférer dans ce domaine⁴⁹. Elle peut ainsi définir les conditions de l'exercice d'une activité économique lucrative privée, les conditions d'accès à cette activité et ses modalités d'exercice.

Une activité économique n'est plus réputée privée au sens des art. 27 et 95 Cst. s'il s'agit d'une tâche ou d'une prestation de service publique, soumise en tant que telle au droit public⁵⁰.

L'art. 95, al. 1, Cst. ne permet pas à la Confédération de légiférer sur une activité économique qualifiée de tâche publique. Il en découle que l'exercice d'une profession médicale ne peut pas être réglementé par la Confédération sur la base de l'art. 95, al. 1, Cst. si et dans la mesure où il relève de l'exécution d'une tâche publique.

De l'avis d'une partie de la doctrine, l'Etat exerce une activité économique privée lorsqu'il exerce une activité proprement lucrative, p. ex., lorsqu'il vend des prestations de service concurrentielles. D'après la jurisprudence, le traitement de malades dans un hôpital est une tâche publique lorsqu'il s'agit d'un établissement public

⁴⁷ RS 420.11

⁴⁸ Cf. à ce sujet l'avis de droit «Loi sur les professions médicales: exercice indépendant et dépendant» de l'OFJ du 9 juin 2008.

⁴⁹ A. Auer et al., Droit constitutionnel suisse, vol. II, 2006, n° 958; G. Biaggini, BV-Kommentar, Art. 95, ch. m. 3.

⁵⁰ A. Auer et al., Droit constitutionnel suisse, vol. II, 2006, n° 940; P. Richli, Grundriss des schweizerischen Wirtschaftsverfassungsrechts, Berne, 2007, Nr. 170.

(p. ex., d'un hôpital cantonal public), que le traitement est fourni par les personnes engagées par cet hôpital et qu'il relève des tâches assignées à ces personnes⁵¹.

L'exercice d'une profession médicale dans un hôpital public, dans le cadre de tâches imparties par cet hôpital, devrait être considéré comme n'étant pas une activité lucrative privée au sens de l'art. 95, al. 1, Cst. Il n'est cependant pas exclu par principe que la pratique «privée» des médecins chefs d'hôpitaux publics soit, dans certains cas, qualifiée d'activité économique lucrative privée au sens de l'art. 95 Cst.; tout dépend de la réglementation de cette activité en droit cantonal.

Maintes professions de la médecine de base sont en règle générale exercées dans une relation de salarié dans des institutions de droit public (p. ex. les hôpitaux cantonaux). La question de savoir si cette activité peut être considérée comme une activité lucrative privée au sens de l'art. 95, al. 1, peut rester ouverte à l'avenir. En effet, la disposition constitutionnelle proposée à l'al. 2, donne à la Confédération en particulier la compétence de légiférer sur la formation et la formation postgrade ainsi que des règles sur les conditions de l'exercice de la profession des personnes actives dans la médecine de base, qu'elles soient indépendantes, pratiquent une activité économique lucrative privée ou sont salariées d'une institution privée ou de droit public.

9.6 Autres dispositions constitutionnelles

L'art. 12 Cst. confère un droit fondamental à recevoir un minimum de moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. La médecine de base au sens de l'art. 117a Cst. va, dans le domaine médical, plus loin que ce niveau de prestations mais ne fonde pas de droit exigible.

Au chapitre des buts sociaux, l'art. 41, al. 1, let. b, Cst. prévoit que la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. L'al. 1 de la disposition constitutionnelle ici proposée va dans le même sens, mais se focalise sur la médecine de base en tant que tout et la précise.

Dans le cadre de la disposition relative aux principes applicables lors de l'attribution et de l'accomplissement des tâches étatiques, l'art. 43a, al. 4, Cst. prévoit que les prestations de base doivent être accessibles à tous dans une mesure comparable. Cette prescription fait aussi partie de la norme constitutionnelle ici proposée, qui se concentre cependant sur la médecine de base. Il y a donc concordance entre les objectifs visés par les deux dispositions.

10 Conséquences du contre-projet direct

La norme constitutionnelle proposée conserve les règles actuelles de compétence dans le domaine de la santé (cf. art. 117a, al. 1, Cst.). La Confédération reçoit de nouvelles compétences seulement à l'art. 117a, al. 2, et de façon ponctuelle à l'art. 117a, al. 3, let. b, Cst.

⁵¹ ATF 133 III 462 465 consid. 2.1

glementation générale en matière de reconnaissance), les uniformise, les réorganise et les rend plus stricts.

La mise en œuvre de la disposition constitutionnelle proposée devra tenir compte de ces normes de droit international, notamment pour la définition de la médecine de famille (cf. ch. 4.2.1).

