

**Rapport explicatif
sur le contre-projet du Conseil fédéral à l'initiative
populaire
«Oui à la médecine de famille»**

du 6 avril 2011

Condensé

Le 1^{er} avril 2010, l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» a été déposée 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. Son élément essentiel est la revendication que la médecine de famille «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 [prévention comprise]».

Elle propose pour cela de compléter la Constitution fédérale par un nouvel art. 118b Cst, 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 refuse en particulier d'accorder aux médecins de famille une position particulière au niveau de la Constitution. Mais en même temps, il reconnaît que l'initiative comprend sur certains points des souhaits justifiés. C'est pourquoi il propose un contre-projet direct, lequel, se fondant sur les besoins de la population en prestations médicales de base, ne se limite pas à la médecine de famille, mais se réfère à la médecine de base. Cette dernière n'est pas le fait des seuls médecins de famille, mais repose sur la collaboration coordonnée entre spécialistes de la santé, médecins ou non. Le contre-projet direct prévoit aussi que la Confédération et les cantons s'engagent de façon coordonnée en faveur d'une médecine de base accessible à tous et de haute qualité, et veillent à son développement. Les compétences respectives de la Confédération et des cantons n'en sont en principe pas modifiées. Une nouvelle compétence est accordée à la Confédération concernant la formation et la formation postgrade ainsi que l'exercice des professions de la médecine de base. En outre, mais uniquement lorsque la garantie de la médecine de base le nécessitera, la Confédération se verra attribuer des compétences – subsidiaires – dans des domaines clairement délimités.

Table des matières

Condensé	2
1 Contexte	4
2 Aspects formels et validité de l'initiative	4
2.1 Teneur de l'initiative	4
2.2 Aboutissement et délais de traitement	5
2.3 Validité	5
2.4 Analyse de l'initiative populaire	6
3 Position du Conseil fédéral	6
4 Le contre-projet direct	8
4.1 Teneur	8
4.2 Systématique	8
4.3 Commentaire	8
4.3.1 Al. 1	8
4.3.2 Al. 2	10
4.3.3 Al. 3	11
4.3.4 Al. 4	13
4.3.5 Al. 5	14
4.4 Relation avec d'autres dispositions de la Constitution	14
4.4.1 Art. 117 Cst. (Assurance-maladie et assurance-accidents)	14
4.4.2 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)	15
4.4.3 Art. 63, 63a et 64 Cst. (Formation)	15
4.4.4 Recherche	17
4.4.5 Art. 95, al. 1, Cst. (Activité économique lucrative privée)	17
4.4.6 Autres dispositions constitutionnelles	18
5 Mesures réalisables à court terme	19
6 Conséquences du contre-projet direct sur les finances et sur le personnel	19
7 Compatibilité avec les engagements internationaux pris par la Suisse	20

1 Contexte

Lancée le 29 septembre 2009, l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» a été déposée le 1^{er} avril 2010 avec plus de 200 000 signatures. Elle émane de l'association professionnelle des médecins de famille et de l'enfance (« Médecins de famille Suisse »), qui a été fondée 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 professionnelle¹.

Les auteurs de l'initiative ont pour objectif déclaré de garantir la médecine de famille dans toute la Suisse, de faciliter l'exercice de la profession et de la rendre financièrement intéressante afin qu'elle gagne en attractivité pour une nouvelle génération de médecins. Ce but devrait être atteint par l'inscription dans la Constitution d'une série d'objectifs et de mesures qui engagent davantage la Confédération et les cantons. A cet égard, la définition du rôle des médecins de famille en tant que première voie d'accès (en règle générale) au système de la santé, et le droit à la garantie de l'accès à l'exercice de la profession sont essentiels.

Le 13 octobre 2010, le Conseil fédéral a pris la décision de principe de rejeter l'initiative et de lui opposer un contre-projet direct. Celui-ci reprend plusieurs souhaits des auteurs de l'initiative, reconnaît que la médecine de famille joue un rôle important dans la médecine de base, mais sans lui accorder une position privilégiée, mais l'inscrit dans un réseau coordonné et pluriprofessionnel de médecine de base, dont elle constitue une partie essentielle.

L'initiative comme le contre-projet du Conseil fédéral visent à répondre aux changements issus d'une pression croissante en vue d'une mutation structurelle du domaine de la santé et résultant de la modification de divers facteurs sociétaux, économiques et démographiques.

2 Aspects formels et validité de l'initiative

2.1 Teneur de l'initiative

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

La Constitution fédérale 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

¹ Cf. <http://www.medecinsdefamille.ch/>.

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.

Le comité d'initiative en a rédigé un commentaire détaillé².

2.2 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 abouti³.

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 septembre 2002 sur le Parlement (LParl)⁴, 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).

2.3 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.

² Cf. <http://www.oamf.ch/fr/initiative/>

³ FF 2010 2679

⁴ RS 171.10

L'initiative doit par conséquent être déclarée valable.

2.4 Analyse de l'initiative populaire

Une analyse détaillée de l'initiative sera proposée dans le cadre du message.

3 Position du Conseil fédéral

Comme cela a déjà été dit, l'initiative aussi bien que le contre-projet direct visent à répondre à une situation de plus en plus problématique, qui résulte des changements démographiques, économiques et sociétaux en cours. Cette situation se manifeste surtout par la menace d'une pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé et par une inadéquation croissante de la structure de l'offre.

Une pénurie se dessine surtout, de façon plus ou moins marquée selon les régions, pour les cabinets individuels – modèle classique de la médecine de famille – et résulte de différents facteurs, notamment l'augmentation du nombre de femmes médecins et le changement général des attentes relatives à l'activité professionnelle. On vise de plus en plus le travail à temps partiel, entre autres, afin d'équilibrer le rapport entre profession et vie privée, ce qui n'est pas compatible avec l'image traditionnelle du «médecin de famille». Devant ce souhait d'une activité à temps partiel, la reprise d'un cabinet individuel représente un risque économique élevé, que beaucoup ne sont plus disposés à courir. Pour ces raisons, les jeunes médecins surtout préfèrent travailler dans un cabinet de groupe ou dans une unité de soins plus importante, qui correspond mieux à leurs attentes. Il est intéressant de constater à cet égard que le pourcentage de titres de médecin spécialiste délivrés à des médecins de base reste situé depuis 2006 entre 40 et 48 % et que celui-ci est donc plutôt stable. Cela contredit l'opinion souvent exprimée selon laquelle l'intérêt pour les spécialisations de médecine de base serait en baisse.

La divergence entre la structure actuelle de l'offre ambulatoire (cabinets individuels) et les conditions de travail souhaitées par les jeunes médecins et d'autres professionnels de la médecine de base, ainsi que le fait qu'en Suisse un nombre insuffisant de médecins sont formés, accentuent d'autant la nécessité d'agir. Il faut donc, d'une part, augmenter généralement le nombre de places de formation et, d'autre part, favoriser le changement structurel évoqué par des mesures appropriées visant des unités de soins plus importantes et mieux coordonnées. Une telle évolution est également nécessaire au regard de l'évolution démographique et des défis qui lui sont liés, et doit être soutenue par une politique orientée vers l'avenir pour ce qui a trait à la formation, au perfectionnement et à l'exercice des professions de la santé, médicales et non médicales. A cet égard, il faut aussi mentionner le changement de situation touchant la formation dans les professions infirmières et thérapeutiques. Ces professionnels de la santé suivent aujourd'hui des filières au niveau tertiaire dans des hautes écoles et acquièrent par leur formation de base et leur spécialisation des compétences qui en font de plus en plus des partenaires indépendants et responsables des médecins. Si l'on tient compte du fait qu'une médecine de base, outre les soins curatifs, doit comprendre aussi et surtout les soins préventifs, la réadaptation et les soins palliatifs, une mise en réseau et une collaboration étroite entre les différents professionnels de la santé est indispensable.

Aujourd'hui déjà, la médecine de base n'est pas pratiquée par les seuls médecins de famille, mais aussi par d'autres professionnels de la santé, qui n'ont pas tous une formation universitaire. De nombreux patients trouvent en outre les soins

correspondant à leurs attentes et à leurs besoins dans les centres de santé et les centres d'urgence tels qu'il s'en ouvre dans les villes, souvent en coopération avec les hôpitaux. Enfin, certains patients en traitement continu chez des médecins spécialistes souhaitent garder cette forme de prise en charge, tandis que d'autres tiennent au suivi étroit de leur médecin de famille. La prescription par la Constitution d'une voie unique d'accès aux traitements ne tient pas compte de cette diversité dans les attentes des patients.

Par contre, la population suisse attache une grande importance au libre choix du médecin, et la décision de limiter éventuellement ce choix doit être laissée à la liberté de chacun. L'initiative s'inscrit en faux contre cette position, puisqu'elle fait des médecins de famille, en règle générale, la voie d'accès privilégiée au système de santé. De plus, sous l'angle de la politique de la santé, également au vu de l'augmentation des polypathologies complexes, il est discutable de confier de manière privilégiée le traitement des maladies et des accidents à un seul groupe professionnel, qui serait défini comme constituant «en règle générale la médecine de base», et d'exclure ainsi pratiquement de la possibilité de la première consultation tous les autres professionnels de la santé, médecins inclus. Ce mécanisme entraînerait donc de lourdes conséquences concernant le libre choix du médecin.

En outre, il est fort probable que l'acceptation de l'initiative entraînerait des coûts élevés. Ainsi, il faudrait p. ex. garantir à l'avenir à tous les médecins de famille l'accès à la profession (p. ex. en supprimant durablement les restrictions à l'admission dans le cadre de l'assurance-maladie sociale; cf. al. 4, let. b, du texte de l'initiative). Dans ce cas, la Constitution priverait la Confédération et les cantons de tous leurs instruments de pilotage même dans les régions dont il est reconnu qu'elles ne devraient pas être touchées par une pénurie de spécialistes de la médecine de base. Or, l'augmentation du volume des prestations qui résulterait d'une offre pléthorique ne serait pas sans conséquences financières. On peut en dire autant de l'exigence d'une extension et d'une rémunération appropriée des prestations (cf. al. 4, let. c). Enfin, la valorisation demandée du rôle particulier qu'assument les médecins de famille en termes de conseil et de coordination (cf. al. 4, let. d) ne pourrait guère, elle non plus, être neutre en termes de coûts. Les frais supplémentaires qui en résulteraient devraient être couverts par les primes des assurances sociales et par les recettes fiscales de la Confédération et des cantons.

En résumé, le Conseil fédéral reconnaît, comme l'initiative, qu'il est nécessaire d'agir dans le domaine de la médecine de premiers recours. En plus des mesures déjà prises ces dernières années par la Confédération et les cantons⁵, des mesures à court terme sont maintenant prévues (cf. ch. 5). Cependant, au niveau de la Constitution, de l'avis du Conseil fédéral, c'est la médecine de base qu'il faut placer au centre, dans l'intérêt de la population, et non les intérêts particuliers d'un seul groupe professionnel.

Le contre-projet se concentre sur la médecine *de base* et ne vise pas une réorganisation complète du système de santé, car une telle refonte devrait nécessairement être précédée d'une analyse commune soigneuse et approfondie et d'une discussion entre les partenaires. Celle-ci a lieu actuellement dans le cadre du projet «Stratégie nationale de la santé» entre la Confédération (DFI) et les cantons (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé [CDS]).

⁵ Groupe de travail CDS / OFSP «Nouveaux modèles de soins pour la médecine de base»; <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=654&L=1>.

4 Le contre-projet direct

4.1 Teneur

La teneur de la disposition constitutionnelle proposée est la suivante:

Art. 117a Cst. Médecine de base

¹ La Confédération et les cantons s'engagent, dans la limite de leurs compétences, en faveur d'une médecine de base accessible à tous et de haute qualité. Ils reconnaissent que la médecine de famille constitue une partie essentielle de la médecine de base et en font la promotion.

² La Confédération édicte des prescriptions sur les formations universitaire et postgrade des spécialistes de la médecine de base.

³ Dans la mesure où la garantie de la médecine de base l'exige, la Confédération peut légiférer sur:

- a. le pilotage et la coordination des soins et de l'offre de formation et de formation postgrade ;
- b. la garantie de la qualité des prestations et de leur rémunération ;
- c. l'échange électronique des données.

⁴ La Confédération peut soutenir les cantons à titre consultatif dans le développement et l'introduction de modèles de soins modernes.

⁵ La Confédération et les cantons coordonnent la préparation et la mise en œuvre de leurs mesures.

4.2 Systématique

D'un côté, il ne paraît pas judicieux d'intégrer la disposition constitutionnelle proposée ici sur la médecine de base parmi les normes de compétence visant la protection de la santé et de la personnalité de l'être humain (art. 118 à 119a Cst.⁶). De l'autre, pour conserver le lien entre l'art. 117 Cst. (assurance-maladie et assurance-accidents) et les autres dispositions touchant la sécurité sociale, il convient d'inscrire la nouvelle disposition en tant qu'art. 117a Cst.

4.3 Commentaire

4.3.1 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 ne les oblige pas à fournir un résultat et ne crée pas non plus de droit justiciable. A la différence de l'initiative, la disposition est centrée sur la 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*

⁶ Seul l'art. 118a (médecines complémentaires) n'a pas pour objectif premier la protection de la santé et de la personnalité.

⁷ 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.

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. Que ces prestations soient proposées sous forme ambulatoire ou hospitalière n'entre pas en ligne de compte pour l'attribution à la médecine de base. Les prestations de la médecine de base ne sont pas non plus 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, régulièrement sollicitées par les différents groupes de population et que cela restera le cas à l'avenir. L'utilisation et la définition du terme de *médecine de base* s'inspirent aussi de l'usage qui en a été fait jusqu'ici dans la Constitution⁸ et les lois fédérales⁹. Ce terme se distingue en outre de l'approvisionnement assuré 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. Par ailleurs, 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.

La médecine de base est *accessible à tous* quand ses prestations peuvent être proposées à tous les groupes de population de toutes les régions du pays et être obtenues dans un délai approprié. Cette prescription inclut donc les dimensions tant géographique 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 différenciations, 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 prestations soient fournies de façon coordonnée par des spécialistes qualifiés. 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. La disposition constitutionnelle s'abstient cependant de dire quelles prescriptions doivent être données et quelles mesures prises par les autorités et appliquées concrètement dans les différents cas.

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

⁸ Art. 43a, al. 4, (prestations de base) et art. 92, al. 2, Cst. (service universel); voir aussi l'avant-projet d'art. 41a Cst. du 27 août 2010.

⁹ Art. 1, al. 2, de la loi du 30 avril 1997 sur les télécommunications (RS 784.10) (service universel); section 1 du chap. 2 de la loi du 23 mars 2007 sur l'approvisionnement en électricité (RS 734.7) (approvisionnement de base).

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 prévoyant 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 présente disposition, la médecine de famille est comprise comme un domaine d'activité médicale axé principalement sur la médecine de premier recours. Les exigences en matière de formation et de formation postgrade, ainsi que l'infrastructure doivent en tenir compte. Quand à savoir exactement quels diplômes de formation postgrade peuvent être rattachés à la médecine de famille est laissé à la détermination du législateur¹⁰.

Le présent projet, s'inspirant de dispositions constitutionnelles comparables¹¹, 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 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. Ils détermineront aussi l'étendue concrète de la médecine de base et les mesures à prendre pour garantir son accessibilité et sa qualité. Ces éléments ne peuvent pas être définis de façon abstraite dans le droit constitutionnel. Mais 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.

4.3.2 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 et formation postgrade, on entend un continuum qui comprend la formation professionnelle de base, la formation donnée dans les hautes écoles spécialisées 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 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 de régler la formation 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 différents profils de compétences avec l'objectif d'une

¹⁰ Cf., pour la législation en vigueur, l'art. 55a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10); annexe 1 de l'ordonnance sur les professions médicales (RS 811.112.0).

¹¹ Art. 61a, al. 3, et art. 89, al. 1, Cst.

collaboration plus efficiente et mieux coordonnée. La définition d'objectifs permettrait aussi d'inscrire dans la loi des connaissances, aptitudes et capacités particulières concernant la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle, les bases légales du système suisse de sécurité sociale et de celui de la santé, ainsi que l'appréciation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des prestations. En outre, l'al. 2 rend possible une réglementation plus complète de la formation pour toutes les professions entrant en ligne de compte et l'édiction de normes concernant l'exercice de ces professions, que ce soit ou non dans le cadre d'une activité économique lucrative privée (art. 95, al. 1, Cst.). Le législateur fédéral devra, le cas échéant, orienter spécifiquement les prescriptions aux différents champs d'activité, ouverts aux diverses professions.

Les spécialistes de la médecine de base ne comprennent pas seulement ceux qui sont en général appelés médecins de premier recours ou médecin de famille (p. ex. spécialistes en médecine générale ou en médecine interne, pédiatres et médecins praticiens)¹². D'autres professionnels, médecins (p. ex. dans le domaine de la psychiatrie, de la gériatrie ou de la cardiologie) ou non (notamment dans la médecine dentaire, la pharmacie et les soins infirmiers, mais aussi, par exemple, dans l'assistanat en cabinet médical, le conseil nutritionnel, les techniques de radiologie médicale ou le secourisme), apportent des contributions importantes à la médecine de premiers recours. 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. 4.4.3 et 4.4.4), 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 se voit en outre accorder la compétence de légiférer sans tenir compte du fait que ces professions soient exercées dans le cadre d'une activité économique lucrative privée ou non. Elle 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.

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.

4.3.3 Al. 3

Aux termes de l'al. 3, la Confédération est habilitée à intervenir en édictant des normes concernant certains aspects de la médecine de base. Mais il ne s'agit là explicitement que d'une compétence subsidiaire: la Confédération ne peut légiférer

¹² Cf. art. 55a, al. 1, LAMal.

dans ce domaine que si cela s'avère nécessaire pour garantir une médecine de base accessible à tous et de haute qualité. Cette conception a un effet restrictif à deux égards: d'une part, on évite que la Confédération intervienne sans nécessité prouvée dans le domaine de compétence des cantons. D'autre part, le législateur ne peut agir pour d'autres motifs que la garantie de la médecine de base. Quant à savoir dans quelles situations il est nécessaire que la Confédération intervienne pour garantir une médecine de base accessible à tous et de haute qualité, cela est laissé à l'appréciation du législateur fédéral. Les prestations de cette médecine doivent être fournies de façon efficiente et rester finançables. Les possibilités de réglementation de la Confédération se bornent aux aspects suivants:

Let. a

Les prescriptions subsidiaires de la Confédération pourraient contenir des principes de *pilotage et de coordination des soins* au niveau intercantonal ou régional. Comme la garantie de la couverture sanitaire relève de la compétence des cantons, ceux-ci seraient les premiers touchés par ce type de prescriptions. Pour assurer un approvisionnement en soins adéquat, des exigences minimales concernant l'offre de prestations peuvent par exemple être envisagées; pour garantir l'accès aux prestations à tous les groupes de population, la Confédération pourrait prescrire des critères minimaux ou maximaux en matière de densité de la couverture sanitaire. Cela permettrait à la Confédération d'amener les cantons à garantir le maintien de la couverture sanitaire minimale à un certain niveau, tandis que des valeurs maximales leur indiqueraient où ils peuvent réduire les structures de soins¹³.

Les prescriptions de la Confédération peuvent aussi porter sur le *pilotage et la coordination de l'offre disponible en matière de formation universitaire et postgrade* des professionnels concernés. Si, sur la base de l'al. 2, la Confédération définit les exigences de qualité auxquelles doit répondre la formation universitaire et postgrade des spécialistes de la médecine de base, elle doit aussi avoir la possibilité d'édicter, le cas échéant, des prescriptions relatives à la quantité de places de formation disponibles et à l'efficacité de leur utilisation. On peut imaginer aussi des prescriptions réglant l'accès aux offres de formation universitaire et postgrade (p. ex. l'instauration, la suppression ou le relèvement du *numerus clausus*, ou la fixation d'un nombre minimal de formations dans diverses professions de la médecine de base). L'obligation de mettre à disposition des places de stage adéquates, p. ex. dans des établissements hospitaliers, pourrait dans ce cas représenter un instrument approprié. Le but de prescriptions de ce type est de garantir qu'il y ait toujours assez de spécialistes pour assurer la médecine de base, car celle-ci ne doit pas être compromise par un manque de places de formation.

Les compétences subsidiaires de la Confédération au sens de la let. a se limitent explicitement à des aspects centraux du pilotage et de la coordination. Leur application, en particulier la manière d'atteindre les objectifs ou la question d'une éventuelle collaboration intercantonale, est du ressort des cantons.

Let. b

La Confédération doit avoir la possibilité d'édicter au besoin des prescriptions visant la *garantie de la qualité* des prestations fournies dans la médecine de base, p. ex. en

¹³ Pour l'appréciation de la structure de l'offre dans des régions données ou des domaines spécifiques, on peut se référer p. ex. aux analyses de l'Obsan.

définissant des indicateurs de qualité, en introduisant des mesures de garantie de la qualité ou en rendant obligatoire l'application de lignes directrices reconnues pour le traitement de maladies chroniques (p. ex. diabète, insuffisance cardiaque). Cette disposition permet également à la Confédération de définir des critères uniformes pour la saisie de données concernant la qualité des prestations dans la médecine de base.

La *rémunération* des prestations fournies dans la médecine de base doit être adéquate. La plupart des coûts de ces prestations seront remboursés dans le cadre de la législation sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents. Si la garantie de la médecine de base le rend nécessaire, il doit être possible d'édicter, dans les domaines de l'assurance-maladie et l'assurance-accidents notamment, des prescriptions relatives p. ex. aux structures tarifaires nationales ou d'autres dispositions générales concernant les négociations tarifaires, prescriptions dans les limites desquelles les partenaires devraient exercer leur autonomie tarifaire¹⁴.

Let. c

La possibilité d'émettre des *prescriptions relatives à l'échange électronique de données* permet d'uniformiser la structure et l'application de systèmes électroniques d'échange de données tels que le dossier électronique du patient, mettant ainsi à disposition un instrument favorisant l'efficacité et la qualité de la fourniture des prestations de la médecine de base.

Si la nécessité d'une intervention du législateur fédéral se confirme pour un ou plusieurs des domaines énoncés aux *let. a à c*, la Confédération pourra soit modifier la législation existante (p. ex. loi sur les professions médicales, loi sur l'assurance-maladie), soit en instaurer une nouvelle (p. ex. une législation sur le dossier électronique du patient). Les éventuelles prescriptions ponctuelles de la Confédération fondées sur l'al. 3 pourront s'adresser aux professionnels et aux institutions de la médecine de base pour ce qui a trait à la qualité et à l'échange électronique de données. Quant à leur mise en œuvre, elle sera du ressort des cantons, en accord avec l'art. 46, al. 1, Cst. La reprise de cette répartition classique des tâches entre la Confédération et les cantons se justifie d'autant plus que la norme constitutionnelle proposée ici ne doit pas modifier substantiellement la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons.

4.3.4 Al. 4

Vu la nécessité d'une mutation structurelle de la médecine de base, il est indispensable de développer et d'introduire des modèles de soins modernes. Comme les cantons sont compétents pour assurer les soins médicaux, c'est à eux d'intervenir ici, avec la participation des institutions et des groupes professionnels concernés, si les modèles de soins modernes ne se diffusent qu'insuffisamment par eux-mêmes. La Confédération pourra y apporter sa contribution dans les limites de ses compétences actuelles, p. ex. en instaurant de nouveaux modèles pour le remboursement des frais dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Elle pourra aussi, en se fondant sur l'al. 4, soutenir les cantons par les conseils fournis soit par sa propre expertise, soit par la mise à disposition d'experts externes. Ces conseils pourront consister, p. ex., à déterminer par des analyses de situation les régions qui se prêtent le mieux à l'introduction d'unités de soins plus importantes.

¹⁴ Pour le rapport avec l'art. 117 Cst., cf. ch. 4.7.1.

Cela permettrait, entre autres, de disposer de bases solides pour faciliter la participation de bailleurs de fonds publics et privés à la mise en place d'une nouvelle infrastructure. On créerait ainsi, à relativement peu de frais pour la Confédération, une plus-value importante pour le développement de la médecine de base.

4.3.5 Al. 5

L'*al. 5* énonce une obligation générale pour la Confédération et les cantons de coordonner la préparation et la mise en œuvre de leurs mesures. Cette obligation va plus loin que le devoir général d'entraide entre Confédération et cantons énoncé à l'art. 44 Cst. et se justifie par le fait que l'imbrication entre les compétences des différents niveaux institutionnels est plus forte dans la médecine de base que dans d'autres domaines. L'objectif visé est que les mesures étatiques au niveau de la Confédération et des cantons (ainsi que des communes) dans le domaine de la médecine de base soient préparées et mises en œuvre de façon coordonnée, tant sous l'angle du calendrier que du contenu, dans le respect des compétences respectives. La disposition ne dit pas comment le garantir concrètement. On peut imaginer des formes relativement souples de coopération, mais aussi la création de plateformes communes ou d'organes de suivi. La Confédération et les cantons pourraient utiliser pour cela des structures et des projets de collaboration qui fonctionnent déjà, p. ex., la plateforme Politique nationale suisse de la santé.

4.4 Relation avec d'autres dispositions de la Constitution

4.4.1 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. On ne trouve pas de prescriptions matérielles au niveau de la Constitution.

La Confédération a fait usage de cette compétence en édictant la législation fédérale 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 fédérale sur l'assurance-maladie quelques prescriptions qui concordent avec les 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 fondamentalement différent: l'art. 117 Cst. permet de régler uniquement – mais tout de même – les conditions-cadre du remboursement 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. 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.

4.4.2 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) reconnaissent à la Confédération une compétence globale de légiférer sur ces différents domaines. Ces dispositions constitutionnelles, et la législation fédérale fondée sur elles, ont pour objectif central la protection de la santé ainsi que 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.

4.4.3 Art. 63, 63a et 64 Cst. (Formation)

La Confédération dispose déjà 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 de maturité professionnelle, les filières de formation professionnelle supérieure, ainsi que le perfectionnement professionnel. Ne sont plus concernées par l'art. 63 Cst. les hautes écoles spécialisées¹⁵ ni la formation universitaire.

Etant donné que des professionnels formés à l'université (p. ex., médecins) ou dans les hautes écoles spécialisées (infirmières notamment) jouent eux aussi un rôle important dans la médecine de base, la Confédération doit également avoir la compétence d'édicter, pour la formation et la formation postgrade dans les professions enseignées à l'université et dans les hautes écoles spécialisées, des normes allant plus loin que la compétence de légiférer fondée sur l'art. 63a, al. 5, Cst. (cf. infra). Les mesures de pilotage et de coordination de l'offre disponible en matière de formation et formation postgrade fondées sur le nouvel art. 117a, al. 3, let. a Cst., peuvent aussi concerner l'offre de formation et de formation postgrade

¹⁵ 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.

dans tous les domaines de la formation, si celle-ci est nécessaire pour garantir la médecine de base (cf. ch. 4.3.3, commentaire de l'al. 3, let. a).

L'art. 63a Cst. prévoit le partage des compétences dans le cadre du concept de 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). 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.

La nouvelle compétence de réglementation ici proposée ne dépendra pas d'un échec des efforts de coordination entre les autorités responsables des hautes écoles et pourrait 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, le concept 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 générale¹⁶. Il est centré sur ce que l'on nomme la *learning-to-learn competence*¹⁷.

Le concept de formation continue renvoie à l'importance croissante de l'apprentissage tout au long de la vie¹⁸. Toutefois, comme il ressort des travaux préparatoires¹⁹, il ne comprend pas la formation continue universitaire. Les principes visés à l'al. 1 peuvent s'appliquer aux institutions de formation continue tant publiques que privées et concerner aussi des questions telles que l'assurance qualité, la reconnaissance des diplômes ou la protection de la bonne foi²⁰.

A la différence de l'art. 64a Cst., la disposition proposée à l'art. 117a, al. 2 Cst., prévoit une compétence de réglementation globale, qui va au-delà de l'édiction d'une loi-cadre.

Conformément à l'al. 2 du contre-projet, la Confédération, outre la compétence de réglementer la formation postgrade au sens de la mise à jour des connaissances et des compétences acquises, doit aussi pouvoir édicter des dispositions relatives à la formation postgrade professionnelle et à la formation postgrade académique de la médecine de base.

L'on entend notamment par là l'amélioration des compétences et la spécialisation dans la profession exercée. La formation postgrade ainsi comprise se fonde sur la formation de base, elle est articulée et peut s'évaluer en termes de durée et de contenu. Les connaissances, capacités et aptitudes acquises au cours de la formation

¹⁶ Cf. B. Ehrenzeller et K. Sahlfeld, Art. 64a, in: St. Galler Kommentar BV, ch. m. 11.

¹⁷ Cf. Communication «Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie», Commission UE, 2001.

¹⁸ FF 2005 5212.

¹⁹ FF 2005 5212, 5231.

²⁰ Cf. G. Biaggini, Art. 64a, Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Zurich, 2007 (BV-Kommentar), ch. m. 3 s.

doivent être approfondies et étendues en vue de l'activité exercée par le spécialiste sous sa propre responsabilité. La Confédération doit réglementer spécifiquement la formation postgrade professionnelle et pouvoir édicter, p. ex., des normes touchant les compétences de formation postgrade sous forme d'objectifs et de règles d'accréditation pour les programmes et les titres fédéraux de formation postgrade. On pense ici en premier lieu à la réglementation en vigueur fondée sur la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales²¹.

4.4.4 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 reconnaître 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 dans le domaine de la médecine de base.

Le Conseil fédéral peut charger le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) de mener des programmes de recherche d'importance nationale. Les services de l'administration fédérale, de même que toute personne physique ou morale, peuvent présenter au Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche (SER) des propositions concernant des programmes nationaux de recherche (PNR). Aux termes de l'ordonnance du 10 juin 1985 sur l'encouragement de la recherche et de l'innovation²², 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 loi du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités²³ (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 pour toutes les autres disciplines.

4.4.5 Art. 95, al. 1, Cst. (Activité économique lucrative privée)

L'art. 95, al. 1, Cst.²⁴ 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 édicter des

²¹ RS 811.11

²² RS 420.11

²³ RS 414.20

²⁴ Cf. à ce sujet l'avis de droit «Medizinalberufegesetz: unselbstständige und selbstständige Berufsausübung» de l'OFJ du 9 juin 2008.

prescriptions dans ce domaine²⁵. Elle peut ainsi définir les conditions de l'exercice d'une activité économique lucrative privée, les conditions d'accès à cette activité et le type d'exercice de cette activité.

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 public²⁶. 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 (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 personnes²⁷.

Sur la base de l'art. 95, al. 1, Cst., des dispositions relatives aux formations universitaires et postgrade ainsi qu'à l'exercice des professions médicales universitaires et des professions de la psychologie ont été édictées dans le cadre de la loi sur les professions médicales et de la loi sur les professions de la psychologie²⁸. Il s'agit là typiquement de professions exercées dans le contexte de l'économie privée. En revanche, nombre de professions de la médecine de base sont exercées en règle générale dans des institutions de droit public (p. ex., dans des hôpitaux cantonaux). La question de savoir si ces activités sont encore considérées comme des activités économiques lucratives privées au sens de l'art. 95, al. 1, Cst. est controversée; elle peut cependant être laissée ouverte, puisque la nouvelle disposition donne à la Confédération, entre autres, la compétence d'édicter des prescriptions sur la formation et la formation postgrade des spécialistes de la médecine de base, ainsi que sur l'exercice de la profession, et cela indépendamment du fait que ces spécialistes exercent, par la suite, leur profession de manière indépendante (activité économique lucrative privée) ou en tant qu'employés d'une institution régie par le droit public ou privé.

4.4.6 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; en revanche, il ne crée pas de droit justiciable.

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.

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.

²⁵ A. Auer et al., Droit constitutionnel suisse, vol. II, 2006, n° 958; G. Biaggini, BV-Kommentar, Art. 95, ch. m. 3.

²⁶ A. Auer et al., Droit constitutionnel suisse, vol. II, 2006, n° 940; P. Richli, Grundriss des schweizerischen Wirtschaftsverfassungsrechts, Berne, 2007, n° 170.

²⁷ ATF 133 III 462, 465 consid. 2.1.

²⁸ FF 2009 6297.

Cette prescription fait aussi partie de la norme constitutionnelle ici proposée, qui se limite cependant à la médecine de base. Il y a donc concordance entre les objectifs visés par les deux dispositions.

5 Mesures réalisables à court terme

Outre le contre-projet direct et les possibilités d'action à moyen et à long termes qui en découlent, les mesures suivantes, réalisables à court terme, sont en préparation ou en cours de mise en œuvre dans l'intérêt de la médecine de base, et notamment de la médecine de famille:

La création du titre fédéral de formation postgrade «médecine interne générale»²⁹ répond à des besoins essentiels aussi bien des médecins de famille que des soins médicaux de base dans le domaine hospitalier.

En outre, dans le contexte des travaux de révision de la loi sur l'assurance-maladie (prolongation de la clause du besoin), le gel des admissions a été suspendu pour les détenteurs de certains titres de formation postgrade orientés vers la médecine de base (médecine générale, médecine interne, médecins praticiens, pédiatrie)³⁰. S'agissant de la rémunération, les partenaires tarifaires ont lancé à l'été 2010 le projet «Révision TARMED». Des possibilités de remboursement étendues s'offrent de plus dans le cadre des «formes particulières d'assurance» (*managed care*).

La révision prévue de la loi sur les professions médicales, qui sera mise en consultation au cours de l'été 2011, comprendra une adaptation des objectifs de formation universitaire et de formation postgrade concernant la médecine de base et la médecine de famille.

La recherche dans les professions universitaires de la médecine de base peut aussi, en principe, être encouragée au moyen de contributions liées à des projets au sens de la loi sur l'aide aux universités. Mais les propositions présentées ne peuvent être prises en considération que si elles satisfont aux critères de cette loi.

Enfin, la Confédération peut aussi soutenir la recherche en médecine de base par la mise en réseau d'instituts de recherche dans ce domaine, p. ex. les instituts de médecine de famille.

6 Conséquences du contre-projet direct sur les finances et sur le personnel

La norme constitutionnelle proposée *conserve en principe les règles actuelles de compétence* dans le domaine de la santé (cf. art. 117a, al. 1 Cst.).

La Confédération se limite à recevoir de *nouvelles compétences ponctuelles* à l'art. 117a, al. 2, et 4 Cst.: l'al. 2, Cst. permettra de réglementer des aspects essentiellement qualitatifs, qui ne devraient pas entraîner pour la Confédération de nouvelles conséquences financières hormis les charges liées aux travaux législatifs. Une hausse de la qualité de la formation et de la formation postgrade des différents spécialistes de la médecine de base et une meilleure harmonisation de leurs compétences pourraient amener à moyen ou à long terme une amélioration des

²⁹ Cf. annexe 1 de l'ordonnance sur les professions médicales.

³⁰ Initiative parlementaire du 12 juin 2009.

prestations médicales et contribuer ainsi à augmenter l'efficacité et l'efficience de la médecine de base.

L'al. 4 ne change rien au principe selon lequel la garantie des soins de santé est du ressort des cantons. Le soutien apporté sous forme de conseils doit essentiellement les aider – si nécessaire et s'ils le souhaitent – à élaborer les bases nécessaires au développement et à l'introduction de modèles de soins modernes. Les conséquences financières pour la Confédération ne pourront être établies que ponctuellement, au moment de la mise en œuvre, dans le cadre de mesures concrètes, et pourront le cas échéant être plafonnées. Mais il est probable qu'elles se limiteront aux charges de personnel d'une équipe de conseillers et aux charges de biens et service relatives à des mandats de recherche et de conseil.

L'al. 3 reconnaît à la Confédération des *compétences de réglementation subsidiaires limitées à certains domaines*, qui visent toutes une médecine de base appropriée et efficiente. Les prescriptions de pilotage et de coordination adressées aux cantons (let. a) se traduiront pour eux par un surcoût si, par exemple, la situation effective ne respecte pas les valeurs minimale ou maximale définies pour la densité de la couverture sanitaire ou si les cantons doivent mieux coordonner les soins médicaux. Etant donné la multiplicité des instruments possibles, on ne pourra faire d'estimations plus fiables concernant ce surcoût que sur la base des prescriptions effectivement prévues. La Confédération ne devrait avoir à assumer que des charges de personnel et de biens et services liées à la préparation et à la communication du pilotage.

Les éventuelles prescriptions adressées aux fournisseurs de prestations de la médecine de base concernant la qualité et l'échange électronique de données (let. b et c) n'auront vraisemblablement de conséquences financières que durant la phase d'introduction et d'implémentation. En revanche, des prescriptions relatives à la rémunération des prestations (let. b) devraient entraîner des coûts pour les assurés avant tout. La Confédération, là aussi, ne devrait avoir à assumer que des charges de personnel et de biens et services liées à la préparation et à la communication des prescriptions.

Pour la coordination et la préparation des mesures de la Confédération et des cantons visées à l'al. 5, il convient de prévoir avant tout les plateformes et canaux de coordination existant déjà (p. ex. le Dialogue de la Politique nationale suisse de la santé, la plate-forme « Avenir de la formation médicale »). Ainsi, la Confédération et les cantons ne devraient pas avoir à faire face à de nouveaux coûts importants à ce titre.

Comme la nouvelle norme constitutionnelle doit contribuer en fin de compte à une médecine de base plus efficiente et mieux coordonnée, elle devrait avoir pour effet à moyen terme de freiner la hausse des coûts de la santé.

7 Compatibilité avec les engagements internationaux pris par la Suisse

En concluant l'Accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes³¹, la Suisse s'est engagée à appliquer les règles de libre circulation valables à l'intérieur de l'UE. Le droit communautaire prévoit notamment à cet égard des règles de reconnaissance des attestations de capacité professionnelle. La directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la

³¹ RS 0.142.112.681.

reconnaissance des qualifications professionnelles³² (qui, pour la Suisse, entrera vraisemblablement en vigueur en 2011) s'applique à toutes les professions réglementées et reprend les principes en vigueur (notamment les règles des directives sectorielles et la réglementation 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.

³² JO. L 255 du 30.9.2005, p. 22.

