



Chapitre d'actes

2023

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

---

## Financement des soins à domicile et des séjours en établissements médico-sociaux (EMS)

---

Dupont, Anne-Sylvie; Meli, Marco

### How to cite

DUPONT, Anne-Sylvie, MELI, Marco. Financement des soins à domicile et des séjours en établissements médico-sociaux (EMS). In: Seniors et droit social : défis actuels. Dagron, Stéphanie, Dupont, Anne-Sylvie et Lempen, Karine (Ed.). Genève. Zurich : DIKE, 2023. p. 241–274.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:169678>

---

# Financement des soins à domicile et des séjours en établissements médico-sociaux (EMS)

*Anne-Sylvie Dupont\**

*Marco Meli\*\**

## Table des matières

|      |  |     |
|------|--|-----|
| I.   | Introduction   | 242 |
| II.  | Contribution de l'assurance-maladie obligatoire        | 243 |
| A.   | Cadre général de l'intervention de l'AOS               | 243 |
| 1.   | « Critères EAE »                                       | 244 |
| a.   | Définitions  | 244 |
| b.   | Procédure de désignation des prestations               | 245 |
| 2.   | Fournisseurs de prestations reconnus                   | 246 |
| B.   | Contribution de l'AOS aux soins de longue durée        | 247 |
| 1.   | Ancien régime de financement des soins de longue durée | 247 |
| 2.   | Système actuel   | 248 |
| a.   | Besoin en soins avéré et prescription médicale         | 249 |
| b.   | Montant de la contribution de l'AOS                    | 251 |
| c.   | Analyse de l'économicité                               | 252 |
| d.   | Fournisseurs de prestations reconnus                   | 254 |
| III. | Financement résiduel des soins                         | 255 |
| A.   | Par les cantons  | 256 |
| 1.   | Principes de droit fédéral                             | 256 |
| 2.   | Législations cantonales romandes                       | 258 |
| a.   | Genève   | 258 |
| b.   | Vaud   | 259 |
| c.   | Neuchâtel  | 260 |
| d.   | Jura   | 261 |
| e.   | Fribourg   | 261 |
| f.   | Valais   | 263 |

---

\* Professeure aux Facultés de droit de Genève et Neuchâtel.

\*\* MLaw, assistant-doctorant à la Faculté de droit de Neuchâtel.

|   |     |
|---|-----|
| B. Bénéficiaires des soins  | 263 |
| IV. Séjours en EMS : financement des prestations socio-hôtelières | 265 |
| A. Prestations complémentaires                                    | 266 |
| B. Autres aides financières publiques                             | 268 |
| C. Excursus : l'allocation pour impotent                          | 269 |
| V. Perspectives d'avenir  | 270 |
| A. Un régime de financement uniforme                              | 271 |
| B. Autres pistes  | 272 |
| VI. Conclusion  | 273 |
| Bibliographie   | 273 |

## I. Introduction

Le recours aux soins de longue durée, qu'ils soient dispensés à domicile ou au sein d'un établissement médico-social (EMS), représente un double enjeu : pour la personne qui doit en bénéficier, il s'agit de savoir comment financer ces soins et d'identifier les éventuelles contributions publiques auxquelles elle peut avoir droit.

Si, logiquement, l'assurance-maladie semble toute désignée pour jouer dans ce contexte un rôle important, son intervention se limite en réalité à une contribution qui ne représente pas nécessairement la part la plus importante du coût total des soins (II). La loi met le solde à la charge des pouvoirs publics, qui ne peuvent en reporter qu'une petite partie sur la ou le bénéficiaire de soins (III). Malgré tout, compte tenu des autres obligations financières imposées à la personne assurée dans le cadre de l'assurance-maladie, les montants dont elle doit s'acquitter finalement peuvent être très élevés. Nous verrons qu'il existe alors d'autres possibilités d'obtenir des aides, dans le cadre des prestations complémentaires et de l'aide sociale principalement.

Lorsque les soins de longue durée doivent être prodigués dans un EMS, vient s'ajouter au coût des soins celui du séjour, ou autrement dit de la pension. Si ces frais sont en principe à la charge de la ou du bénéficiaire, il existe, là aussi, la possibilité d'obtenir des aides publiques (IV).

Ce système, hautement complexe, donne lieu à de nombreuses critiques, de la part d'une grande majorité des acteurs concernés. Sa pérennité est en outre remise en cause compte tenu des perspectives démographiques à moyen terme. Des réflexions sont actuellement conduites pour tenter de trouver une alternative viable (V).

Notre contribution épousant le regard de la personne assurée, nous n'aborderons pas la question, plus vaste, de la planification médico-sociale et du financement des EMS. Dans le contexte d'un ouvrage consacré à la protection sociale des seniors, nous laisserons également de côté la question du financement des soins à domicile par l'assurance-accidents, qui est moins susceptible de concerner ces derniers.

## **II. Contribution de l'assurance-maladie obligatoire**

Comme les autres prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), la contribution aux soins de longue durée est définie par la législation en la matière et doit s'inscrire dans le cadre général de l'intervention de l'AOS (A). Elle fait l'objet de règles particulières dans la loi et dans les ordonnances, qui permettent de connaître précisément son montant (B).

### **A. Cadre général de l'intervention de l'AOS**

La prise en charge de prestations médicales par l'AOS suppose que trois conditions soient remplies : premièrement, ces prestations doivent figurer dans le catalogue exhaustif des art. 25 à 31 LAMal<sup>1</sup> ; deuxièmement, elles doivent être efficaces, appropriées et économiques (« critères EAE »)<sup>2</sup> ; troisièmement, elles doivent être dispensées par un fournisseur de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10).

<sup>2</sup> Art. 32 al. 1 LAMal.

<sup>3</sup> FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, p. 187 N 322.

Dans le cas particulier des soins de longue durée, la première condition ne pose pas de difficulté particulière, dans la mesure où l'art. 25a LAMal prévoit expressément la participation de l'AOS au financement des soins de longue durée. Improprement intitulé « soins en cas de maladie », l'art. 25a LAMal s'applique également lorsque les soins sont rendus nécessaires ensuite d'un accident ou d'une infirmité congénitale<sup>4</sup>, dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par une autre assurance sociale<sup>5</sup>. Ils peuvent aussi être rendus nécessaires en cas de maternité<sup>6</sup>.

L'examen des « critères EAE » (1) et les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS (2) méritent quelques développements complémentaires.

## 1. « Critères EAE »

Si les trois critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité font l'objet de définition plutôt ouverte (a), le législateur a mis en place une procédure de désignation des prestations qui encadre leur analyse (b).

### a. Définitions

Un traitement médical est efficace lorsqu'il est démontré selon des méthodes scientifiques qu'il permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché<sup>7</sup>. Il doit exister un consensus de la communauté scientifique à ce propos<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> Sur ce sujet, cf. DUPONT, *Enfant en situation de handicap*, pp. 181 ss.

<sup>5</sup> Un accident peut donner lieu à l'intervention de l'assurance-accidents (LAA), qui prévoit alors son propre régime de prise en charge des soins de longue durée ; une infirmité congénitale peut être prise en charge par l'assurance-invalidité (LAI), jusqu'au vingtième anniversaire de la personne assurée.

<sup>6</sup> Cf. également *infra* III.B et note 119.

<sup>7</sup> ATF 139 V 135, c. 4.4.1 et les références citées. Cf. aussi FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, pp. 189 s. N 326 s.

<sup>8</sup> Pour plus de détails sur la définition de l'efficacité, cf. FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, pp. 189 s. N 326 s. ; DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, N 8.

L'adéquation d'un traitement s'examine sur la base de critères médicaux. Il s'agit d'une question de fait, purement médicale, qui doit être appréciée par les spécialistes du domaine. Un traitement est adéquat (ou approprié) lorsque dans le cas particulier d'une patiente ou d'un patient déterminé, il présente un effet bénéfique pour la santé qui est supérieur aux effets négatifs escomptés. Il s'agit de mettre en perspective les bénéfices et les risques de la mesure visée, tout en tenant compte des effets positifs d'autres mesures ou de la possibilité alternative de renoncer à toute intervention médicale. L'examen de ce critère se recoupe en principe avec celui de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère adéquat du traitement est réalisée<sup>9</sup>.

Lorsqu'un traitement médical peut être qualifié d'efficace et d'adéquat, il faut encore qu'il soit économique. En règle générale, il s'agit de distinguer s'il existe ou non une alternative thérapeutique également efficace et appropriée. Si oui, le principe de l'économicité exige d'opter pour la moins onéreuse<sup>10</sup>. A défaut d'alternative thérapeutique, la condition de l'économicité s'examine, par exception, sous l'angle de la proportionnalité. Il faut alors déterminer si le coût du traitement et le bénéfice thérapeutique recherché s'inscrivent dans un rapport raisonnable de proportionnalité<sup>11</sup>. Pour qu'un assureur puisse refuser de prester, on doit être en présence d'une disproportion évidente entre les coûts et le succès médical escompté<sup>12</sup>. En matière de soins de longue durée, nous le verrons<sup>13</sup>, cette condition est analysée un peu différemment, en faisant davantage de place aux circonstances personnelles<sup>14</sup>.

## **b. Procédure de désignation des prestations**

Pour rendre praticable l'examen de ces trois conditions, le législateur fédéral a prévu, à l'art. 33 LAMal, une procédure de désignation des prestations. Cette procédure repose en premier lieu sur la présomption que les prestations four-

---

<sup>9</sup> ATF 125 V 95, c. 4a.

<sup>10</sup> FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, pp. 193 ss N 334.

<sup>11</sup> Cf. notamment ATF 143 V 130, c. 11.2 ; ATF 136 V 396, c. 7.4.

<sup>12</sup> Sur ce point, cf. ATF 136 V 395, c. 7.4 et les références citées.

<sup>13</sup> Cf. *infra* II.B.4.

<sup>14</sup> Sur la question du contrôle de l'économicité, cf. DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, N 15 ss et N 30 ss.

nies par un médecin ou par un chiropraticien sont efficaces, appropriées et économiques ; le Conseil fédéral peut toutefois exclure ou limiter la prise en charge par l'AOS de certaines prestations (art. 33 al. 1 LAMal)<sup>15</sup>.

S'agissant des prestations fournies par d'autres fournisseurs de prestations sur prescription médicale, ainsi que de certaines prestations fournies par les gynécologues et les dentistes, ou encore des prestations de prévention, elles doivent être désignées en détail par le Conseil fédéral pour être remboursées (art. 33 al. 2 LAMal)<sup>16</sup>. Les soins de longue durée font partie de cette deuxième catégorie<sup>17</sup>.

Il existe encore une troisième catégorie de prestations, qui ne concerne pas directement le sujet de cette contribution, regroupant les prestations nouvelles ou controversées, dont le Conseil fédéral est habilité à limiter ou à exclure la prise en charge par l'AOS pendant l'évaluation de leur efficacité, de leur adéquation et de leur caractère économique (art. 33 al. 3 LAMal).

## 2. Fournisseurs de prestations reconnus

La LAMal dresse la liste exhaustive des professionnelles et professionnels de la santé dont les prestations peuvent être prises en charge par l'AOS (art. 35 LAMal) et fixe un certain nombre de conditions qu'elles et ils doivent remplir pour être admis à pratiquer à charge de cette dernière (art. 36 ss LAMal et 38 ss OAMal<sup>18</sup>).

Les soins de longue durée peuvent être fournis au sein d'établissements médico-sociaux (EMS), qui sont des institutions de soins au sens de l'art. 39 LAMal (cf. art. 39 al. 3 LAMal). Ils sont admis à pratiquer à charge de l'AOS s'ils figurent sur la liste établie par les cantons à l'issue du processus de plani-

---

<sup>15</sup> Ces limitations ou exclusions se trouvent aux art. 2 à 3c et 4b de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31), ainsi qu'à l'annexe 1 de cette ordonnance.

<sup>16</sup> La liste principale est constituée de l'essentiel du texte de l'OPAS. Les autres listes sont ses annexes 2 à 4 (Liste des moyens et appareils ; Liste des analyses [cf. art. 28 OPAS] ; Liste des médicaments avec tarifs [cf. art. 29 OPAS]), ainsi que la Liste des spécialités (cf. art. 30 OPAS), qui recense les médicaments pris en charge par l'AOS.

<sup>17</sup> DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, N 12.

<sup>18</sup> Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).

fication commandé par cette disposition (cf. art. 39 al. 1 let. e LAMal)<sup>19</sup>. Les soins à domicile sont prodigués par des organisations de soins à domicile (OSAD ; cf. art. 51 OAMal) ou par des infirmières et infirmiers indépendants (cf. art. 49 OAMal). La question des fournisseurs de soins de longue durée pose quelques questions d'actualité sur lesquelles nous reviendront plus loin dans cette contribution<sup>20</sup>.

## **B. Contribution de l'AOS aux soins de longue durée**

Les soins de longue durée englobent les examens, les traitements et les soins effectués à domicile ou en EMS, ainsi que les séjours au sein de ces derniers<sup>21</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les frais médicaux qui en résultent ne sont plus pris en charge intégralement par l'AOS, mais donnent droit à une simple contribution. Les coûts résiduels sont à la charge des cantons et, en principe, de la patientèle.

Dans ce chapitre, nous rappellerons brièvement le régime de financement des soins de longue durée avant la réforme du 1<sup>er</sup> janvier 2011 (1), avant de présenter le système actuellement en vigueur (2).

### **1. Ancien régime de financement des soins de longue durée**

Jusqu'au 31 décembre 2010, les traitements sous forme ambulatoire fournis au domicile du patient ou dispensés en EMS étaient compris dans le catalogue de prestations en cas de maladie de l'art. 25 LAMal<sup>22</sup>. Ils étaient alors intégralement remboursés par l'AOS, selon les mêmes modalités que les autres prestations médicales.

---

<sup>19</sup> La procédure de planification fait l'objet des art. 58a ss OAMal.

<sup>20</sup> Cf. *infra* partie V.

<sup>21</sup> Cf. art. 7 al. 1 OPAS. Pour une définition plus globale des soins, cf. PERRENOUD, *Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS*, 1<sup>re</sup> partie, pp. 421 ss.

<sup>22</sup> Art. 25 al. 2 let. a LAMal, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 décembre 2010 (RO 1995 1328). Cf. aOPAS (RO 1995 4964). Sur ce point, cf. aussi DESPLAND, pp. 114 ss.

Les prestations de soins étaient facturées sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait<sup>23</sup>. Les tarifs des soins à domicile étaient fixés selon la nature et la difficulté des prestations<sup>24</sup>, alors que les soins dispensés en EMS faisaient l'objet d'une facturation échelonnée selon le niveau des soins requis<sup>25</sup>. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1<sup>er</sup> janvier 1996, le Conseil fédéral a peu à peu précisé la tarification de ces soins. Par exemple, le 1<sup>er</sup> janvier 1998, il a défini des tarifs-cadres qui ne pouvaient pas être dépassés par les fournisseurs de prestations s'ils ne disposaient pas « de bases de calcul des coûts des prestations établies en commun avec les assureurs » ou d'une « comptabilité analytique uniforme »<sup>26</sup>. Quelques années plus tard, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie<sup>27</sup> est entrée en vigueur. Depuis lors, les fournisseurs de prestations n'étaient autorisés à répercuter les coûts effectifs sur l'AOS que s'ils pouvaient justifier ces coûts à l'aide d'une comptabilité conforme aux exigences requises. A défaut, ils devaient se contenter des tarifs-cadres fixés dans l'OPAS<sup>28</sup>.

## 2. Système actuel

Dans le système actuel, nous l'avons esquissé ci-dessus<sup>29</sup>, l'intervention de l'AOS pour le financement des soins de longue durée se limite à une contribution<sup>30</sup>. Qu'il s'agisse de soins dispensés à domicile ou en EMS, le versement de cette contribution est subordonné à l'existence d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré (a). Le montant de la contribution est ensuite fixé

---

<sup>23</sup> Art. 43 aLAMal et 9 aOPAS.

<sup>24</sup> Art. 9 al. 3 aOPAS.

<sup>25</sup> Art. 9 al. 4 aOPAS. Sur la notion de niveau de soins requis, cf. *infra* II.B.2.a.

<sup>26</sup> Art. 9a aOPAS (RO 1997 2436).

<sup>27</sup> Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; RS 832.104). Pour la version au moment de son entrée en vigueur, cf. RO 2002 2835.

<sup>28</sup> OCP ; RO 2002 2835.

<sup>29</sup> Cf. *supra* II.A.

<sup>30</sup> Cf. aussi DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, N 20 ss.

par l'OPAS directement (b). Comme évoqué ci-dessus, le droit à la contribution de l'AOS est subordonné à la condition de l'économicité des soins (c) et à l'intervention d'un fournisseur de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS (d), conditions dont l'analyse, dans le contexte des soins de longue durée, donne lieu à certaines particularités.

#### **a. Besoin en soins avéré et prescription médicale**

En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'art. 25a al. 1 LAMal subordonne l'intervention de la LAMal, d'une part, à l'existence d'un besoin en soins avéré, et, d'autre part, à l'établissement d'une prescription médicale (ou mandat médical).

Les types de soins entrant en considération ainsi que la procédure d'évaluation doivent être déterminés par le Conseil fédéral (art. 25a al. 3 LAMal), plus spécifiquement par le Département fédéral de l'intérieur (DFI)<sup>31</sup>. Ce dernier a défini trois catégories de soins à charge de l'AOS : l'évaluation, les conseils et la coordination, les examens et les traitements, et les soins de base<sup>32</sup>.

La procédure d'évaluation du besoin en soins est prévue à l'art. 8a OPAS : effectuée par une infirmière ou un infirmier en collaboration avec la patiente ou le patient et ses proches (al. 1), elle doit porter sur l'appréciation de l'état général de la personne qui requiert les soins, ainsi que sur l'évaluation de son environnement social (al. 3).

L'évaluation des soins requis doit se fonder sur des critères uniformes (art. 8a al. 4 OPAS). Pour mesurer la charge en soins de longue durée requise, les cantons romands utilisent la méthode PLAISIR<sup>33</sup>. Elle permet d'obtenir une représentation de chaque résidente et chaque résident en trois dimensions : bio-psycho-sociale<sup>34</sup>, en termes de soins requis pour répondre à ses besoins bio-psycho-sociaux, et en termes de ressources requises pour donner les soins.

---

<sup>31</sup> Art. 33 let. b, h et i OAMal.

<sup>32</sup> Art. 7 al. 2 OPAS. Notons que les autres prestations, comme la consultation par le médecin-traitant ou les médicaments, sont prises en charge séparément, selon les règles usuelles de la LAMal.

<sup>33</sup> Le manuel de référence est consultable en ligne : [http://www.erosinfo.com/Produits/PLAISIR/PLAISIRPRA/Guide\\_PLAISIR\\_CH.pdf](http://www.erosinfo.com/Produits/PLAISIR/PLAISIRPRA/Guide_PLAISIR_CH.pdf)

<sup>34</sup> En termes de maladies, déficiences, incapacités et handicaps.

Les résultats de l'évaluation doivent être inscrits sur un formulaire uniforme établi en commun par les partenaires tarifaires, soit les assureurs-maladie et les prestataires de soins, ou le cas échéant par des associations faitières qui les représentent. Le formulaire doit indiquer le temps nécessaire prévu pour les soins. Le résultat de l'évaluation doit être transmis au médecin-traitant, qui doit donner son aval pour les examens et les traitements<sup>35</sup> jugés nécessaires lors de l'évaluation<sup>36</sup>.

L'art. 8c OPAS prévoit encore une procédure de contrôle visant à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations par les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7 al. 1 let. a et b OPAS<sup>37</sup>. Cette procédure a pour but de vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et de contrôler l'adéquation et l'économicité des prestations, au sens de l'art. 32 LAMal<sup>38</sup>. Les prescriptions ou les mandats médicaux peuvent être examinés par le médecin-conseil de l'assureur-maladie lorsqu'ils prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre. Lorsqu'ils prévoient moins de 60 heures de soins par trimestre, ils sont examinés par sondages systématiques. Les partenaires tarifaires peuvent convenir de modalités supplémentaires<sup>39</sup>.

En cas de litige entre la patiente ou le patient et son assureur-maladie au sujet de l'évaluation du besoin en soins, le Tribunal fédéral a précisé que l'on ne pouvait pas sans autres partir de l'idée que le fournisseur de prestations avait un intérêt à fournir des prestations en trop grande quantité. Il jouit au contraire d'un pouvoir d'appréciation qui lui permet de déterminer quelles prestations doivent être fournies et pendant quelle durée. En conséquence, c'est son évaluation qui est en principe déterminante pour la prise en charge par l'AOS des soins de longue durée<sup>40</sup>. Elle ne peut faire l'objet que d'un contrôle limité lorsque le médecin qui a prescrit les soins est le médecin-traitant de la personne

---

<sup>35</sup> Au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS.

<sup>36</sup> Art. 8a al. 2 OPAS.

<sup>37</sup> Sur ce sujet, cf. DONZALLAZ, N 3251. Sur la question du contrôle de l'économicité, cf. DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, pp. 83 ss.

<sup>38</sup> Cf. *supra* II.A.1.

<sup>39</sup> Art. 8c OPAS.

<sup>40</sup> TF 9C\_365/2012 du 31 octobre 2012, c. 4.1.

assurée, qui est le mieux au fait de la situation de cette dernière<sup>41</sup>. Le Tribunal fédéral considère que dans ce contexte, la présomption formulée par l'art. 32 al. 1 LAMal, selon laquelle les prestations prescrites par un médecin sont en principe considérées comme efficaces, adéquates et économiques, déploie pleinement ses effets<sup>42</sup>.

Contrairement à ce qui prévaut de manière générale en matière d'assurances sociales<sup>43</sup>, la procédure de contrôle prévue par l'art. 8c OPAS ne permet pas de conclure que l'avis du médecin-conseil de l'assureur-maladie l'emporterait de manière générale sur l'évaluation faite par le fournisseur de prestations, respectivement sur le mandat médical délivré par le médecin-traitant. En principe, l'appréciation du médecin-conseil n'est apte à remettre en cause l'évaluation par le fournisseur de prestations, respectivement par le médecin-traitant de la personne assurée, que si elle est fondée sur un examen clinique. Ce ne sera pas le cas lorsque l'évaluation du médecin-conseil se fonde sur des règles d'expérience ou des valeurs moyennes<sup>44</sup>.

## **b. Montant de la contribution de l'AOS**

Dans le système voulu par le DFI à l'art. 7a OPAS, le montant de la contribution de l'AOS diffère tout d'abord selon que les soins sont fournis par des OSAD ou des infirmières et infirmiers indépendants, ou par des EMS.

Les soins fournis par les OSAD ou par les infirmières et infirmiers indépendants font l'objet d'une rémunération en fonction, d'une part, de la catégorie de soins fournis, et, d'autre part, du temps consacré. L'art. 7a al. 1 OPAS prévoit une contribution à l'heure de CHF 76.90 pour les prestations de conseil et de coordination, de CHF 63.– pour les examens et les traitements, et, finalement, de CHF 54.60 pour les soins de base. Le temps de soin doit être calculé par tranches de 5 minutes, un minimum de 10 minutes étant remboursé par l'AOS (art. 7a al. 2 OPAS).

---

<sup>41</sup> TF 9C\_597/2007 du 19 décembre 2007, c. 5.2.

<sup>42</sup> ATF 129 V 167, c. 4.

<sup>43</sup> A ce sujet, cf. TF 9C\_597/2007 du 19 décembre 2007, c. 5.2.

<sup>44</sup> TF K 161/00 du 25 mai 2001, c. 4b. Cf. également FILIPPO/BLUM-SCHNEIDER, pp. 114-117 et pp. 116 s. ; GÄCHTER, pp. 123 s.

Si les soins sont fournis par un EMS, la contribution de l'AOS est une contribution journalière qui varie en fonction du besoin en soins requis. Le montant de la contribution progresse à mesure que les minutes de soins requis augmentent<sup>45</sup>. Il est toutefois plafonné à CHF 115.20 dès que le besoin en soins atteint 220 minutes par jour.

### c. Analyse de l'économicité

Pour rappel, pour qu'une mesure médicale soit prise en charge par l'AOS, elle doit être efficace, appropriée et économique<sup>46</sup>. Cette dernière condition suppose en principe, lorsqu'il existe plusieurs solutions thérapeutiques, d'opter pour la solution la moins onéreuse<sup>47</sup>. Dans le sujet qui nous occupe, l'analyse de cette condition pose un certain nombre de problèmes car, en raison de la fixation différenciée du montant de la contribution de l'AOS, décrite ci-dessus<sup>48</sup>, le coût des soins fournis en principe à domicile par les OSAD ou par les infirmières et infirmiers indépendants est nécessairement plus élevé que celui des soins fournis par un EMS. Si l'on s'en tient à une stricte application du principe de l'économicité, cela conduirait au refus systématique de la prise en charge des soins à domicile, pour le seul motif qu'une prise en charge en EMS serait moins coûteuse. Le Tribunal fédéral admet toutefois qu'en matière de soins de longue durée, une telle réflexion n'est pas conforme au principe de la proportionnalité<sup>49</sup>. Malgré l'existence d'une disproportion financière, les soins à domicile doivent être privilégiés par rapport aux soins en EMS s'ils permettent d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel<sup>50</sup>.

L'analyse de l'économicité en matière de soins de longue durée intervient ainsi en deux temps : tout d'abord, il faut comparer les coûts générés par l'une et l'autre des deux solutions (soins à domicile ou soins en EMS). Il faut, ensuite,

---

<sup>45</sup> Art. 7a al. 3 OPAS.

<sup>46</sup> Cf. *supra* II.A.1.

<sup>47</sup> Cf. *supra* II.A.1.a.

<sup>48</sup> Cf. *supra* II.B.2.b.

<sup>49</sup> ATF 139 V 135, c. 4.5. DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, N 32 ss.

<sup>50</sup> ATF 139 V 135, c. 4.5.

tenir compte au mieux des circonstances individuelles ; plus elles justifient un maintien à domicile, plus une disproportion financière importante sera admise.

Dans un arrêt du 6 décembre 2018<sup>51</sup>, le Tribunal fédéral a examiné le caractère efficace, adéquat et économique de soins à domicile prodigués par une OSAD. Il a considéré que, dans le cas particulier de cet assuré souffrant de syndromes démentiels, la décision de l'assureur-maladie, qui refusait de prester, n'était pas conforme aux principes fixés dans la LAMal. Il a notamment rappelé qu'un simple examen du caractère économique n'est pas possible lorsque les prestations de soins à domicile, comparées à celles qui seraient prodiguées dans un EMS, sont plus efficaces et adéquates. Il a donc estimé, dans ce cas, qu'il était plus judicieux d'opter pour des soins à domicile, malgré l'existence d'une disproportion financière par rapport aux soins en EMS. Pour d'autres exemples, le Tribunal fédéral a admis la prise en charge de soins à domicile pour une mère de trois enfants<sup>52</sup>, pour une personne exerçant une activité professionnelle<sup>53</sup> ou celle qui suit une formation professionnelle et qui a une vie sociale et culturelle en dehors de son domicile<sup>54</sup>, dans les trois cas en dépit d'un coût beaucoup plus élevé.

En revanche, le simple fait que le maintien à domicile permette, du point de vue de la personne assurée et de ses proches, de conserver une meilleure qualité de vie que le séjour en EMS est insuffisant pour faire fi des considérations économiques<sup>55</sup>. Lorsque la disproportion entre le coût des deux options est manifeste ou évidente, il faut également nier l'économicité du maintien à domicile, quels que soient les intérêts légitimes invoqués<sup>56</sup>.

Un arrêt rendu le 11 février 2016 concernait la situation d'une jeune femme âgée de 24 ans au moment de la décision, atteinte d'une maladie rare (syndrome d'Ondine) qui lui imposait de passer la nuit sous surveillance, ventilée par un respirateur artificiel. Durant la nuit, une attention constante était requise de la part du personnel prodiguant les soins à domicile, affecté à la surveillance

---

<sup>51</sup> TF 9C\_912/2017 du 6 décembre 2018.

<sup>52</sup> TFA K 52/99 du 22 septembre 2000.

<sup>53</sup> ATF 126 V 334, c. 3a.

<sup>54</sup> TFA K 66/00 du 5 octobre 2000, c. 3b.

<sup>55</sup> ATF 139 V 135, c. 4.5.

<sup>56</sup> ATF 139 V 135, c. 4.5.

du bon fonctionnement du ventilateur. De jour, elle pouvait mener une vie pratiquement normale et exercer une activité lucrative. C'est précisément pour cette raison et compte tenu de l'absence d'alternative efficace et adéquate que le Tribunal fédéral n'a pas retenu de disproportion évidente entre les coûts et l'utilité de la mesure médicale, même si la prise en charge des soins à domicile était onéreuse, soit un peu plus de CHF 200'000.– par année. L'assureur-maladie a été, en fin de compte, tenu de prester.

#### **d. Fournisseurs de prestations reconnus**

Nous avons rappelé plus haut dans cette contribution que seuls les fournisseurs de prestations reconnus étaient autorisés à pratiquer à charge de l'AOS. Nous avons également précisé, dans ce contexte, que les fournisseurs de prestations amenés à dispenser des soins de longue durée étaient au premier chef les OSAD et les infirmières et infirmiers indépendants, ainsi que les EMS<sup>57</sup>.

Précisons que certaines prestations ne peuvent être fournies que par les professionnelles et professionnels possédant des qualifications particulières<sup>58</sup>. Il en va en particulier ainsi des prestations de coordination dans des situations complexes et instables, qui doivent être fournies par des infirmières ou infirmiers pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans au moins dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients en réseau<sup>59</sup>. La nécessité de certaines autres mesures doit être évaluée par une infirmière ou un infirmier spécialisé en psychiatrie<sup>60</sup>.

Une pratique qui tend actuellement à se répandre, dans le but notamment de pallier l'absence de reconnaissance des soins fournis par les proches, consiste, pour les OSAD, à engager et à salarier une ou un proche de la ou du bénéficiaire de soins. La ou le proche est affecté exclusivement aux soins de cette dernière ou de ce dernier. Le fournisseur de prestations étant l'OSAD, elle-même fournisseur de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS, mais la ou le proche n'ayant pas de compétences médicales particulières, se pose la

---

<sup>57</sup> Cf. *supra* II.A.2.

<sup>58</sup> Art. 7 al. 2<sup>bis</sup> OPAS.

<sup>59</sup> Cf. art. 7 al. 2<sup>bis</sup> let. a et al. 2 let. a ch. 3 OPAS.

<sup>60</sup> Cf. art. 7 al. 2<sup>bis</sup> let. b OPAS.

question du remboursement par l'AOS des prestations fournies de cette manière.

Dans un arrêt datant de 2006, le Tribunal fédéral des assurances avait à juger de l'obligation de prester de l'AOS en présence de prestations de soins fournies à la personne assurée par son époux, architecte de formation, qui avait abandonné son activité et avait été engagé par une OSAD dans le but de fournir des soins à son épouse, très dépendante en raison d'une sclérose en plaques. Le Tribunal fédéral, considérant que le fournisseur de prestations était une OSAD remplissant toutes les conditions de la LAMal et de l'OAMal, et titulaire d'un numéro de concordat, avait conclu que l'assureur-maladie était tenu de prester<sup>61</sup>. Le Tribunal fédéral des assurances avait soulevé la question, dans un *obiter dictum*, de savoir si une OSAD qui recrutait du personnel non qualifié remplissait les conditions pour bénéficier d'une autorisation cantonale de pratique. La réponse à cette question relevant d'une autre procédure, il l'avait laissée ouverte.

A l'issue d'une affaire plus récente, le Tribunal fédéral a adopté une pratique plus restrictive, précisant que seuls les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS pouvaient être prodigués par des proches sans qualifications professionnelles correspondantes, et non les examens et les traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS.

### III. Financement résiduel des soins

Nous avons vu ci-dessus<sup>62</sup> que la prise en charge des soins de longue durée par l'AOS se limite à une contribution. Par définition, elle ne couvre donc pas l'entièreté des coûts. Conformément à l'art. 25a al. 5 LAMal, les cantons sont compétents pour régler le financement résiduel (A). Ils ne peuvent que très partiellement reporter le découvert sur les personnes assurées (B).

Précisons qu'il n'est question, dans ce chapitre, que du financement des prestations de soins. S'agissant des soins à domicile, l'exposé peut s'arrêter après

---

<sup>61</sup> TFA K 156/04 du 21 juin 2006.

<sup>62</sup> Cf. *supra* II.

cela. S'agissant des séjours en EMS, il s'agira encore de voir comment sont financées les prestations dites socio-hôtelières, autrement dit les coûts générés par un séjour en EMS qui ne sont pas imputables à des prestations de soins au sens de l'art. 7a OPAS<sup>63</sup>.

## A. Par les cantons

Nous exposerons dans un premier temps les principes découlant du droit fédéral (1), puis nous examinerons la manière dont les cantons suisses romands les ont transposés dans leur législation (2).

### 1. Principes de droit fédéral

Les cantons sont compétents pour réglementer le financement résiduel, mais ne peuvent néanmoins légiférer à leur guise. L'étendue de leurs compétences est en effet régulièrement discutée devant les tribunaux, dont les jugements précisent leur marge de manœuvre, en particulier s'agissant des séjours en EMS<sup>64</sup>.

Dans un arrêt de 2018, le Tribunal fédéral a ainsi précisé que si les cantons avaient la possibilité de fixer des montants maximaux pour limiter leur intervention, ils n'avaient pas le droit de reporter indirectement des coûts qui dépasseraient ces *maxima* sur la personne assurée au moyen de forfaits socio-hôtelières majorés. Ils n'ont pas non plus la compétence de revoir l'évaluation du besoin en soins requis validée par la prescription médicale. En revanche, ils restent compétents pour procéder à la planification médicosociale sur leur territoire. Dans ce but, qui est différent de la question du financement résiduel, ils peuvent donner des directives financières dont la violation peut entraîner des sanctions, parmi lesquelles la suppression d'un établissement de la liste cantonale<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> Cf. *infra* IV.

<sup>64</sup> Cf. aussi DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, N 24 ss.

<sup>65</sup> ATF 144 V 280. Pour un résumé en français et une analyse, cf. DUPONT ANNE-SYLVIE, *Le financement résiduel des soins en cas de séjour en EMS : analyse de l'arrêt du Tri-*

Le droit fédéral interdit aux cantons de répercuter sur la personne assurée une part excédant 20 % de la contribution maximale de l'AOS. Pour les soins fournis par les OSAD et par les infirmières ou infirmiers indépendants, cela correspond à un montant de CHF 15.35<sup>66</sup> ; pour les soins fournis par les EMS, cela correspond à un montant de CHF 23.<sup>67</sup> Il s'agit de la contribution journalière qui peut être, au plus, demandée à la personne assurée<sup>68</sup>. Les cantons peuvent bien entendu prévoir un régime plus favorable en renonçant, totalement ou partiellement, à facturer les coûts visés aux bénéficiaires des soins de longue durée. Certains cantons reportent une part plus faible en cas de soins à domicile, dans un but incitatif<sup>69</sup>.

En principe, le canton compétent pour fixer et verser le financement résiduel des soins est le canton de domicile de la personne assurée<sup>70</sup>. En cas de séjour en EMS, le canton de domicile avant l'entrée en EMS reste compétent pour la prise en charge des coûts résiduels, même si la patiente ou le patient choisit de séjourner dans un EMS extra-cantonal, qu'il ait ou non choisi d'y transférer son domicile légal<sup>71</sup>.

S'agissant des tarifs applicables, il s'agit de celui qui est prévu par les règles du canton dans lequel se situe le fournisseur de prestations pour les soins ambulatoires<sup>72</sup>. Pour les séjours en EMS, ce sont en principe les tarifs du canton de domicile qui s'appliquent, y compris en cas de séjour extra-cantonal ; par exception, si, au moment de l'admission de la personne assurée dans un EMS se situant dans un autre canton, aucune place ne peut être mise à disposition dans un EMS à proximité de son domicile, le canton de domicile doit prendre en charge le financement résiduel selon les règles du canton où se situe l'EMS<sup>73</sup>.

---

bunal fédéral 9C\_446/2017, Newsletter rcassurances.ch octobre 2018. Cf. aussi DUPONT, *Quelques points d'actualité en droit des assurances sociales*, p. 156.

<sup>66</sup> 20 % de CHF 76.90 (cf. art. 7a al. 1 let. a OPAS).

<sup>67</sup> 20 % de CHF 115.20 (cf. art. 7a al. 3 let. 1 OPAS).

<sup>68</sup> Sur le caractère journalier de la contribution, cf. LANDOLT, N 9 ss.

<sup>69</sup> Vaud, Neuchâtel et Valais, par exemple.

<sup>70</sup> Cf. art. 25a al. 5, 3<sup>e</sup> phrase, LAMal.

<sup>71</sup> TF 9C\_460/2021 du 1<sup>er</sup> avril 2022.

<sup>72</sup> Cf. art. 25a al. 5, 4<sup>e</sup> phrase, LAMal.

<sup>73</sup> Cf. art. 25a al. 5, 6<sup>e</sup> phrase, LAMal. TF 9C\_460/2021 du 1<sup>er</sup> avril 2022, c. 7.

## 2. Législations cantonales romandes

Nous examinerons tour à tour la manière dont les cantons de Genève (a), de Vaud (b), de Neuchâtel (c), du Jura (d), de Fribourg (e) et du Valais (f) ont fait usage des compétences aménagées par le droit fédéral<sup>74</sup>.

### a. Genève

Le canton de Genève règle le financement des soins fournis en EMS ou dispensés à domicile dans plusieurs lois et règlements : la loi du 28 janvier 2021 sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile<sup>75</sup> et son règlement d'application du 10 mars 2021<sup>76</sup> ; le règlement du 29 mai 2019 fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie<sup>77</sup> ; l'arrêté du 19 décembre 2018 déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins non pris en charge par les assurances sociales et fournis aux assurés suivis en ambulatoire ou en établissements médico-sociaux ; la loi du 4 décembre 2009 sur la gestion des établissements pour personnes âgées<sup>78</sup> et son règlement d'application<sup>79</sup>.

S'agissant des soins dispensés en EMS, la législation genevoise accorde aux EMS reconnus d'utilité publique<sup>80</sup> une subvention destinée à couvrir, en partie, la part cantonale du coût résiduel des soins au sens de l'art. 25a LAMal<sup>81</sup>. Les personnes résidentes doivent tout de même participer aux coûts des soins à hauteur de CHF 8.– par jour<sup>82</sup>.

Selon un schéma identique, les prestations de soins à domicile sont financées, en plus de la participation de l'AOS, par les patientes et les patients à hauteur

---

<sup>74</sup> Pour un aperçu d'autres cantons, cf. PERRENOUD, *Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS*, 2<sup>e</sup> partie, pp. 530 s. et 536 s.

<sup>75</sup> LORSDom (RS GE K 1 04).

<sup>76</sup> RORSDom (RS GE K 1 04.01).

<sup>77</sup> RFRLAMal (RS GE J 3 05.23).

<sup>78</sup> LGÉPA (RS GE J 7 20).

<sup>79</sup> RGEPA (RS GE J 7 20.01).

<sup>80</sup> Art. 23 s. LGÉPA.

<sup>81</sup> Art. 19 et 22 s. LGÉPA. Cf. aussi art. 29 RGEPA.

<sup>82</sup> Cf. arrêté du Conseil d'Etat genevois du 19 décembre 2018.

de CHF 8.– par jour<sup>83</sup> et par le financement résiduel au sens de l'art. 25a LAMal<sup>84</sup>, dont le montant est fixé en fonction de la nature et des prestataires des soins fournis<sup>85</sup>. A certaines conditions, les fournisseurs de soins à domicile peuvent se voir accorder une subvention par le canton<sup>86</sup>.

## **b. Vaud**

S'agissant du financement résiduel dans le canton de Vaud, il faut notamment se référer à la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public du 5 décembre 1978<sup>87</sup>, à la loi du 24 avril 2012 sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS<sup>88</sup>, ainsi qu'à l'arrêté du 25 novembre 2020 fixant pour 2020 les tarifs socio-hôteliers mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux, les homes non médicalisés et les pensions psychosociales<sup>89</sup> et, enfin, à l'arrêté fixant les montants destinés à couvrir la part du coût, non prise en charge par l'assurance-maladie (financement résiduel), des soins effectués par des infirmiers et infirmières exerçant de façon professionnellement indépendante et par des organisations de soins à domicile privées<sup>90</sup>.

---

<sup>83</sup> Art. 3 al. 4 RFRLAMal. Cf. aussi arrêté du Conseil d'Etat genevois du 19 décembre 2018.

<sup>84</sup> Art. 30 LORSDom.

<sup>85</sup> Art. 3 RFRLAMal.

<sup>86</sup> L'Etat peut accorder une subvention sous forme d'une indemnité ou d'une aide financière (art. 31 al. 1 LORSDom). Pour en bénéficier, les prestataires doivent remplir certaines conditions. Ils doivent d'abord être membres du réseau de soins cantonal au sens de l'art. 9 de la même loi ; ils doivent ensuite fournir, sept jours sur sept et 24 heures sur 24, sur l'ensemble du territoire cantonal, des soins à domicile reconnus comme nécessaires à la couverture des besoins du canton de Genève et en assurer la continuité et le suivi ; ils doivent encore prendre en charge, sept jours sur sept et 24 heures sur 24, les besoins en soins urgents et les nouvelles demandes et en assurer la continuité ; ils doivent finalement garantir au sein de l'organisation, respectivement par une relève entre infirmières et infirmiers pratiquant à titre indépendant, la prise en charge et le suivi des soins infirmiers prescrits, y compris en cas d'absence planifiée ou imprévue (art. 31 al. 2 LORSDom).

<sup>87</sup> LPFES (RS VD 810.01).

<sup>88</sup> LFR-EMS (RS VD 810.04).

<sup>89</sup> RS VD 810.00.251120.1.

<sup>90</sup> AFinRés (RS VD 832.11.2).

La législation vaudoise prévoit une participation aux coûts des soins des résidentes et des résidents en EMS à hauteur de CHF 23.– par jour. En revanche, en matière de soins à domicile, aucune participation financière n'est demandée aux patientes et aux patients<sup>91</sup>. Cette pratique a pour but de favoriser le maintien à domicile, plutôt que le séjour en EMS. Le financement résiduel est assumé par l'Etat, sur la base d'un forfait qui varie selon la nature des soins requis.

### **c. Neuchâtel**

Le canton de Neuchâtel a réglé le nouveau régime de financement des soins par le biais d'un règlement sur le financement résiduel des soins en cas de maladie<sup>92</sup> et d'arrêtés fixant les tarifs des soins de longue durée au sens de l'art. 25a LAMal<sup>93</sup>.

En cas de séjour dans un EMS figurant sur la liste médico-sociale cantonale, la part du coût des soins de longue durée incombant à la résidente ou au résident correspond à la différence entre la part assumée par l'Etat et celle qui est prise en charge par l'AOS, à concurrence des limites fixées par le droit fédéral et sur la base d'un forfait qui dépend des minutes de soins requises par jour<sup>94</sup>. Le prix de pension est indépendant du coût des soins et doit être financé intégralement par les résidentes et les résidents, selon leur situation financière.

En cas de soins de longue durée prodigués par les OSAD reconnues ou par des infirmières et infirmiers indépendants, la part du coût des soins qui n'est pas prise en charge par l'assureur-maladie incombe à l'Etat<sup>95</sup>.

---

<sup>91</sup> Art. 3 AFinRés.

<sup>92</sup> RFRS (RS NE 821.107).

<sup>93</sup> Il s'agit de l'arrêté fixant les tarifs de soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal, dispensés en établissement médico-social (RS NE 821.121.34) et de l'arrêté fixant les tarifs des soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal dispensés par les OSAD et les infirmières et infirmiers indépendant-e-s (RS NE 821.121.33).

<sup>94</sup> Art. 6 et 7 RFRS.

<sup>95</sup> Art. 11 et 14 RFRS.

#### **d. Jura**

Dans le canton du Jura, le financement des séjours en EMS ou des soins à domicile suppose, de la part de la personne bénéficiaire des soins, qu'elle finance une partie des coûts des soins, mais au maximum 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral<sup>96</sup>. Le canton précise, par arrêtés, que la participation de chaque usager s'élève à CHF 5.– par jour pour les soins à domicile<sup>97</sup>. Pour les séjours en EMS, il plafonne la participation quotidienne à CHF 23.– dès que le besoin en soins dépasse 100 minutes par jour<sup>98</sup>. Dans les deux cas, s'il subsiste un découvert après les prestations de l'assurance-maladie, des autres assurances sociales et la participation de l'utilisateur, l'Etat verse une contribution<sup>99</sup>.

#### **e. Fribourg**

Le canton de Fribourg a adopté la loi d'application du 9 décembre 2010 de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins<sup>100</sup> et celle du 12 mai 2016 sur les prestations médico-sociales<sup>101</sup>. Ensemble, elles fixent la participation de l'Etat au financement des soins dispensés en EMS ou à domicile, par des infirmières ou infirmiers ou par des OSAD. Elles sont complétées par le règlement du 23 janvier 2018 sur les prestations médico-sociales<sup>102</sup> et l'ordonnance du 14 octobre 2008 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire en matière d'aide et de soins à domicile<sup>103</sup>.

De manière générale, les pouvoirs publics, c'est-à-dire le canton et les communes, participent au coût des soins prodigués par les fournisseurs de presta-

---

<sup>96</sup> Art. 10 let. b et 13 al. 2 de la loi jurassienne du 16 juin 2010 sur le financement des soins (RS JU 832.11).

<sup>97</sup> Arrêté fixant les montants maximums reconnus pour le financement des soins ambulatoires dès 2023.

<sup>98</sup> Arrêté fixant les montants maximums reconnus pour le financement des soins dans les EMS et UVP dès le 1<sup>er</sup> octobre 2021.

<sup>99</sup> Art. 10 let. c et 13 al. 2 de la loi jurassienne du 16 juin 2010 sur le financement des soins.

<sup>100</sup> RS FR 820.6.

<sup>101</sup> LPMS (RS FR 820.2).

<sup>102</sup> RPMS (RS FR 820.21).

<sup>103</sup> RS FR 823.12.

tions médico-sociales conformément à la législation sur le financement des soins<sup>104</sup>. Il faut alors s’y référer pour déterminer *in concreto* dans quelle proportion ils interviennent, en plus de la contribution de l’AOS au sens de l’art. 25a al. 5 LAMal.

Pour les soins fournis en EMS, la part des coûts des soins non pris en charge par l’assurance-maladie obligatoire est facturée à la personne résidente à raison de 20 % de la contribution des assureurs-maladie fixée pour chaque niveau de soins<sup>105</sup>. Le coût résiduel est financé à raison de 45 % par l’Etat et 55 % par l’ensemble des communes<sup>106</sup>.

Pour les soins fournis par les services d’aide et de soins à domicile qui sont exploités ou mandatés par une « association de communes »<sup>107</sup>, la part des coûts non pris en charge par l’assurance-maladie fait l’objet d’une subvention de l’Etat correspondant à 30 % des frais du personnel exécutant les prestations d’aide et de soins<sup>108</sup>. Pour les soins fournis par les autres OSAD, la part des coûts non pris en charge par l’AOS est facturée aux patients et patientes dans la limite fixée par le droit fédéral. Le coût résiduel est à la charge de l’Etat<sup>109</sup>.

Pour les soins fournis par les infirmières et infirmiers, la part des coûts non pris en charge par l’assurance-maladie obligatoire est aussi supportée par l’Etat, à raison de 35 %, et par l’ensemble des communes, à raison de 65 %<sup>110</sup>. Il n’est pas requis de participation financière des personnes bénéficiant des soins.

Toute personne sollicitant une prestation médico-sociale d’un EMS reconnu doit déposer une demande de prestations complémentaires auprès de la Caisse

---

<sup>104</sup> Art. 15 LPMS.

<sup>105</sup> Art. 2 al. 1 de la loi d’application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins.

<sup>106</sup> Art. 2 al. 2 de la loi d’application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins.

<sup>107</sup> Au sens de l’art. 11 LPMS.

<sup>108</sup> Art. 3 al. 1 de la loi d’application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins et 16 LPMS.

<sup>109</sup> Art. 3 al. 2 de la loi d’application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins.

<sup>110</sup> Art. 4 al. 1 de la loi d’application de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins.

cantonale de compensation en vue de l'examen de son droit à une subvention destinée à couvrir certains frais médicaux qui ne sont pas à charge de l'AOS<sup>111</sup>.

## **f. Valais**

Le financement des soins de longue durée est régi par la loi du 14 septembre 2011 sur les soins de longue durée<sup>112</sup> et par l'ordonnance du 15 octobre 2014 sur la planification et le financement des soins de longue durée<sup>113</sup>.

Selon la législation valaisanne, en plus de la participation de l'AOS, seuls les pouvoirs publics, soit le canton et les communes, prennent en charge la contribution résiduelle aux coûts des soins dispensés à domicile<sup>114</sup>.

La participation aux coûts des soins en EMS par les personnes résidentes est déterminée sur la base de leur fortune nette imposable<sup>115</sup>. Elle progresse plus le montant de la fortune est élevé et est, en tous les cas, plafonnée<sup>116</sup>.

## **B. Bénéficiaires des soins**

Selon que le canton a fait usage ou non de la possibilité prévue à l'art. 25a al. 5, 1<sup>re</sup> phrase, LAMal, soit celle de répercuter une partie des coûts sur la personne assurée, la patiente ou le patient sera amené à participer, dans la limite fixée par le législateur, au financement des soins de longue durée<sup>117</sup>.

Compte tenu des explications données ci-dessus<sup>118</sup>, les montants mis à charge des bénéficiaires de soins peuvent s'élever jusqu'à CHF 23.– par jour en cas de séjour en EMS, et à CHF 15.35 par jour en cas de soins à domicile. Pour une personne qui dépend au quotidien de tels soins ou qui séjourne en EMS

---

<sup>111</sup> Art. 20 al. 2 LPMS et 33 RPMS.

<sup>112</sup> LSLD (RS VS 805.1).

<sup>113</sup> RS VS 805.10.

<sup>114</sup> Art. 19 al. 1 let. a et b LSLD.

<sup>115</sup> Art. 19 al. 1 let. c, d, e et f LSLD.

<sup>116</sup> Art. 19 al. 2 LSLD : La participation des assurés aux coûts des soins fixée à l'alinéa 1 ne peut excéder CHF 2'500.- par année pour la lettre d, CHF 5'000.- par année pour la lettre e, et CHF 10'000.- par année pour la lettre f.

<sup>117</sup> Voir aussi DUPONT, *Le financement résiduel des soins de longue durée*, N 27 ss.

<sup>118</sup> Cf. *supra* III.A.1.

sur le long terme, cela représente un montant mensuel de l'ordre de CHF 460.–, respectivement de CHF 700.–. Il est important de garder à l'esprit que dans la mesure où il s'agit de montants qui ne sont pas à charge de la LAMal, ils sont dus en plus de la participation ordinaire aux frais médicaux par le biais de la franchise et de la quote-part, conformément à l'art. 64 LAMal<sup>119</sup>. Les allègements prévus dans l'ensemble des cantons romands et décrits ci-dessus<sup>120</sup> sont ainsi de véritables mesures sociales en faveur des bénéficiaires de soins.

Si la personne bénéficiaire des soins n'a pas les moyens de s'acquitter des frais qui lui incombent et si elle est éligible pour les prestations complémentaires, ce qui sera en principe le cas pour une rentière ou un rentier AVS<sup>121</sup>, la prise en charge de la franchise et de la quote-part, tout comme celle des montants mis à sa charge par le canton en application de l'art. 25a al. 5 LAMal, peut être demandée au canton dans le cadre du remboursement des frais de maladie au sens de l'art. 14 LPC<sup>122</sup>, dans les limites prévues par le droit cantonal. Dans certains cas, ce droit existe même si la personne concernée ne perçoit par ailleurs pas la prestation complémentaire annuelle en espèce<sup>123</sup>.

En l'absence de droit à une prise en charge par les prestations complémentaires, l'aide sociale cantonale reste le dernier recours. Les montants dus au titre de la franchise et des quotes-parts doivent être intégrés dans le budget d'aide<sup>124</sup>, et les soins à domicile sont une prestation circonstancielle qui doit être prise en charge<sup>125</sup>.

---

<sup>119</sup> Si les soins sont rendus nécessaires par la maternité, l'art. 64 al. 7 LAMal interdit aux assureurs-maladie de prélever une participation aux coûts pour les soins qui sont fournis à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement. Cette disposition ne concerne toutefois que les participations aux coûts prévues par l'art. 64 LAMal (franchise et quote-part), et ne dispense pas la mère d'assumer la part du coût des soins qui lui échoit en application de l'art. 25a al. 5 LAMal (à ce propos, cf. PERRENOUD, *La protection de la maternité*, pp. 628 ss).

<sup>120</sup> Cf. *supra* III.A.2.

<sup>121</sup> Cf. art. 4 al. 1 let. a de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC ; RS 831.30).

<sup>122</sup> Cf. art. 14 al. 1 let. b et g LPC.

<sup>123</sup> Cf. art. 14 al. 6 LPC. Sur cette question, cf. *infra* IV.A.

<sup>124</sup> Cf. Normes CSIAS (cf. *infra* IV.B), C.5 al. 3.

<sup>125</sup> Cf. Normes CSIAS (cf. *infra* IV.B), C.6.5 al. 2 let. b.

## IV. Séjours en EMS : financement des prestations socio-hôtelières

En cas de soins de longue durée à domicile, les difficultés se limitent à la répartition des coûts entre l'AOS, le canton et la ou le bénéficiaire des soins. En cas de séjour en EMS, la problématique s'étoffe encore puisqu'il faut de surcroît aborder la question du financement des prestations socio-hôtelières, ou des « coûts du séjour », autrement dit de toutes les prestations qui ne sont pas des prestations de soins. Il s'agit notamment de l'hébergement, de la restauration, de l'intendance et la maintenance, de l'encadrement socio-culturel et de l'animation, ainsi que des tâches administratives. Le prix de la pension est fixé sous forme de forfait journalier. Les tarifs des EMS figurant sur la planification hospitalière d'un canton donné sont en principe assez proches, mais peuvent néanmoins être différents d'un établissement à l'autre<sup>126</sup>.

Le forfait socio-hôtelier, comparable à un loyer, est à la charge exclusive des résidentes et des résidents. Les législations cantonales que nous avons consultées le rappellent souvent toutes expressément<sup>127</sup> ; même si cette précision est juridiquement superflue, l'obligation à charge de la résidente ou du résident résulte du contrat d'hébergement (ou contrat d'accueil) conclu entre elle ou lui et le home.

Lorsque les ressources de la personne qui séjourne en EMS sont insuffisantes pour couvrir le prix de la pension, elle peut solliciter l'octroi de prestations complémentaires (A) ou bénéficier d'autres aides publiques (B). Si elle bénéficie d'une allocation pour impotent, cette dernière pourra également intervenir dans le schéma général de financement du séjour (C).

---

<sup>126</sup> Dans la mesure où cette contribution est consacrée, dans ce chapitre, au financement du séjour en EMS par les résidentes et les résidents, nous n'aborderons pas ici la question des subventions versées par l'Etat aux EMS recensés dans la planification cantonale médico-sociale.

<sup>127</sup> Cf. par exemple art. 5 RGEPA ou 4 al. 1<sup>bis</sup> et 4e LPFES.

## A. Prestations complémentaires

Les personnes qui bénéficient de certaines prestations de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) ou de l'assurance-invalidité (AI), principalement des rentes<sup>128</sup>, peuvent, si ces prestations sont insuffisantes pour couvrir leurs besoins vitaux, demander des prestations complémentaires (PC). Ces prestations sont accessibles aux personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse<sup>129</sup> et qui ne disposent pas d'une fortune supérieure à CHF 100'000.– pour les personnes seules, ou CHF 200'000.– pour les couples<sup>130</sup>.

Le régime des prestations complémentaires prévoit deux prestations : en premier lieu, la prestation complémentaire annuelle et, en second lieu, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. S'agissant du financement du prix de la pension facturé par l'EMS, c'est principalement la première prestation qui nous intéresse<sup>131</sup>. Les frais entraînés par de courts séjours dans un home, soit pour des séjours n'excédant pas trois mois, peuvent toutefois être pris en charge par les cantons dans le cadre du remboursement des frais de maladie<sup>132</sup>.

La prestation complémentaire annuelle est calculée en fonction des revenus déterminants et des dépenses reconnues de la personne assurée. Lorsqu'une personne réside en EMS, font partie des dépenses reconnues la taxe journalière facturée par le home<sup>133</sup>, ainsi qu'un montant dévolu aux dépenses personnelles<sup>134</sup>. Le canton est autorisé à fixer une limite maximale pour la taxe journalière, en veillant toutefois à ce que cette limite soit suffisamment élevée pour éviter le recours à l'aide sociale. Le montant attribué pour les dépenses per-

---

<sup>128</sup> Pour une vision d'ensemble, cf. art. 4 LPC.

<sup>129</sup> Art. 4 al. 1 LPC.

<sup>130</sup> Art. 9a LPC.

<sup>131</sup> A propos du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, cf. *supra* II.B.2.a et III.B.

<sup>132</sup> Cf. art. 14 al. 1 let. b<sup>bis</sup> LPC.

<sup>133</sup> Art. 10 al. 2 let. a LPC.

<sup>134</sup> Art. 10 al. 2 let. b LPC.

sonnelles est fixé par le canton, en principe mensuellement, sans marge de manœuvre de la part des infrastructures<sup>135</sup>.

Ces dépenses, qui ne concernent alors que les prestations socio-hôtelières, sont mises en balance avec les revenus déterminants tels que les rentes ou les revenus tirés de la fortune, ou encore d'éventuelles contributions d'entretien<sup>136</sup>. Une part de la fortune nette, soit un dixième pour les rentières et les rentiers AVS, peut aussi être imputée en tant que revenu lorsque celle-ci dépasse CHF 30'000.– pour les personnes seules et CHF 50'000.– pour les couples<sup>137</sup>. Si la ou le bénéficiaire concerné est propriétaire d'un immeuble qui sert d'habitation à une personne comprise dans le calcul PC, la valeur de l'immeuble est comptée dans la fortune dans la mesure où elle dépasse CHF 112'500.–<sup>138</sup>. Par exception, elle n'est comptabilisée que dans la mesure où elle dépasse CHF 300'000.– si l'immeuble sert d'habitation à la conjointe ou au conjoint de la personne résidant en EMS<sup>139</sup>.

La fortune dont la personne s'est dessaisie sans contrepartie et sans obligation légale est également comptabilisée. Pour les bénéficiaires de rentes AVS, les dessaisissements sont pris en compte pour les dix années qui précèdent la naissance du droit à la rente. 10 % de la fortune peut être dépensée chaque année sans qu'il en soit tenu compte. Si plus de 10 % de la fortune est dépensée, ou plus de CHF 10'000.– si la fortune est inférieure ou égale à CHF 100'000.–,

---

<sup>135</sup> Ces montants peuvent être différents selon le type d'établissement dans lequel séjourne la personne. Par exemple, dans le canton de Vaud, le montant est de CHF 400.– par mois pour les personnes hébergées dans des établissements à mission psychiatrique ou de prise en charge d'un handicap, et de CHF 275.– par mois pour les personnes hébergées dans des établissements à mission gériatrique ou psychiatrie de l'âge avancé.

<sup>136</sup> Pour la liste exhaustive, cf. art. 11 LPC.

<sup>137</sup> Pour les personnes résidant dans des homes, les cantons sont autorisés à déroger à cette réglementation (art. 11 al. 2 LPC). Le canton de Fribourg a par exemple prévu que, pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse séjournant dans un home ou un établissement hospitalier, la fortune nette dépassant le montant non imputable est prise en compte à raison d'un cinquième (art. 5<sup>quinquies</sup> AEPC ; RS FR 841.3.11).

<sup>138</sup> Art. 11 al. 1 let. c LPC.

<sup>139</sup> Art. 11 al. 1<sup>bis</sup> let. a LPC.

sans qu'il existe pour cela un motif important<sup>140</sup>, il en est également tenu compte<sup>141</sup>.

## **B. Autres aides financières publiques**

A défaut de prestations complémentaires, reste la possibilité de recourir à d'autres aides publiques, au premier chef à l'aide sociale<sup>142</sup>. La compétence en matière d'aide sociale est attribuée aux cantons et ces derniers peuvent en déléguer l'organisation aux communes. La mise en œuvre de l'aide sociale peut dès lors s'avérer différente d'un canton à l'autre, voire d'une commune à l'autre. Il existe toutefois des normes standards, proposées par la Conférence suisse des institutions d'actions sociales (CSIAS). Elles ne sont pas contraignantes, mais sont reconnues par la jurisprudence et la doctrine<sup>143</sup>. Selon ces normes, l'aide sociale devrait donc aussi accorder, en plus du prix de la pension non couvert par les ressources de la personne assurée, un montant forfaitaire destiné à couvrir les dépenses non comprises dans le prix de pension pour les personnes séjournant dans des établissements médico-sociaux<sup>144</sup>.

Certains cantons prévoient par ailleurs des aides spécifiques pour les personnes résidant en EMS, dans le but d'éviter le recours à l'aide sociale. Il en va notamment ainsi dans le canton de Vaud, qui prévoit des aides financières aux personnes qui bénéficient de soins en EMS<sup>145</sup>. Il s'agit d'une aide financière individuelle octroyée par l'Etat, qui est subsidiaire aux prestations des assurances sociales et aux ressources personnelles de la personne concernée.

---

<sup>140</sup> Pour la liste de ces motifs, cf. art. 17d al. 3 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI; RS 831.301).

<sup>141</sup> Pour la méthode à suivre, cf. art. 17d al. 1 et 2 OPC-AVS/AI.

<sup>142</sup> Pour les soins à domicile, cf. *supra* III.B.

<sup>143</sup> Cf. par exemple ATF 136 I 129, c. 3 ; TF 2C\_375/2014 du 4 février 2015, c. 3.2 et TF 8C\_56/2012 du 11 décembre 2012, c. 3.1.

<sup>144</sup> Normes CSIAS, C.3.2.

<sup>145</sup> Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale du 24 janvier 2006 (LAPRAMS ; RS VD 850.11) et son règlement d'application du 28 juin 2006 (RLAPRAMS ; RS VD 850.11.1).

Elle intervient en sus des prestations complémentaires. Comme ce régime ne relève pas de l'aide sociale, l'aide allouée n'est pas remboursable<sup>146</sup>.

Cette aide est conditionnée. La personne requérante doit notamment résider dans un EMS, être domiciliée dans le canton de Vaud et ne pas disposer d'une fortune nette de plus de CHF 30'000.–, respectivement CHF 50'000.– pour les couples.

### **C. Excursus : l'allocation pour impotent**

Une personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne, est considérée comme impotente<sup>147</sup>. Elle peut, à ce titre, bénéficier d'une allocation pour impotent, dont le montant est fixé forfaitairement et augmente selon le degré d'impotence, faible, moyenne ou grave. L'évaluation du degré d'impotence se fait de manière schématique<sup>148</sup>.

L'allocation pour impotent peut être versée par l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) si la personne impotente a atteint l'âge légal donnant droit à une rente de vieillesse, par l'assurance-invalidité (AI) si elle ne l'a pas encore atteint, ou par l'assurance-accidents (AA) si elle est impotente à cause d'un accident. Le droit à l'allocation pour impotent en cas de séjour dans un home dépend du régime d'assurance qui la verse : le droit à l'allocation pour impotent AVS n'est maintenu que pour les allocations fondées sur un degré d'impotence moyen ou grave ; le droit à une allocation pour une impotence faible est supprimé<sup>149</sup>. Le droit à l'allocation pour impotent AI est maintenu quel que soit le degré de l'impotence, mais les montants versés sont réduits à un quart

---

<sup>146</sup> A moins qu'elle n'ait été versée à titre d'avance au sens de l'art. 6a LAPRAMS.

<sup>147</sup> Cf. art. 9 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1).

<sup>148</sup> Cf. art. 37 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) et 38 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202).

<sup>149</sup> Cf. art. 43<sup>bis</sup> al. 1<sup>bis</sup> de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10).

des montants usuels<sup>150</sup>. Faute de base légale prévoyant autre chose, le droit à l'allocation pour impotent versée par l'assurance-accidents est maintenu sans changement en cas de séjour dans un home.

L'allocation pour impotent n'a pas à proprement parler pour vocation de couvrir des soins de santé, sous réserve, éventuellement, de quelques soins entrant dans la catégorie des soins de base<sup>151</sup>. Elle sert en revanche au financement de l'encadrement nécessaire dont la personne a besoin, hors soins de santé, et hors prestations usuelles d'animation.

En fonction des cantons, l'allocation pour impotent fait partie des revenus qui serviront à acquitter le prix de la pension (forfait socio-hôtelier), ou peut être facturée à part à la résidente ou au résident, ce qui conduit, dans les faits, à ce que l'intégralité du montant de l'allocation soit reversée à l'EMS en plus du forfait socio-hôtelier.

## V. Perspectives d'avenir

Le système décrit ci-dessus donne lieu depuis longtemps à de nombreuses discussions. En effet, il a pour premier inconvénient de reporter sur les cantons les risques financiers liés à l'augmentation des coûts des soins de longue durée, dès lors que les contributions de l'AOS et des bénéficiaires des soins sont fixes et qu'il leur appartient de faire « tampon ». Il a pour second désavantage de créer des tensions entre les politiques publiques cantonales d'une part et les assureurs-maladie d'autre part ; en effet, si les soins à domicile sont plus coûteux pour l'AOS, le maintien de lits en EMS s'avère, globalement, beaucoup plus onéreux pour les cantons. Il existe donc une contradiction logique entre l'AOS, pour laquelle le séjour en EMS est une meilleure option, et les cantons, pour lesquels les soins à domicile doivent être privilégiés.

A cela s'ajoute la perspective, avérée, du vieillissement démographique attendu pour ces prochaines décennies, et, en corollaire, de l'augmentation subs-

---

<sup>150</sup> Cf. art. 42<sup>ter</sup> al. 2 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Il existe toutefois des règles spéciales pour les personnes mineures.

<sup>151</sup> Cf. ATF 147 V 16 et ATF 147 V 35 sur cette question. Dans le cadre des soins à domicile, cf. ATF 127 V 94.

tantielle de la demande et des coûts des soins de longue durée. Selon les projections de l'Administration fédérale des finances, il est prévu que ces dépenses triplent d'ici à 2045<sup>152</sup>. Le rapport du Conseil fédéral du 25 novembre 2020 distingue plusieurs pistes de solution<sup>153</sup>. Il propose par exemple d'intégrer les prestations de soins de longue durée dans un régime de financement uniforme (A). Il réfléchit également à adapter la contribution de l'AOS à l'évolution des coûts ou à combler les lacunes de financement par une solution d'assurance séparée (B).

## A. Un régime de financement uniforme

Sur le plan politique, un projet est actuellement discuté dans le but de modifier la répartition des coûts des traitements médicaux dans l'AOS. Selon le droit actuellement en vigueur, les prestations ambulatoires sont financées exclusivement par l'AOS, alors que les prestations stationnaires sont financées pour partie par l'AOS et pour partie par les cantons (dans les deux cas, la personne assurée contribue en s'acquittant de sa franchise et de ses quotes-parts). Ce système crée des incitations négatives que l'on souhaite éliminer en prévoyant une répartition identique pour les deux catégories de traitements.

A l'origine, ce projet (EFAS) excluait les soins de longue durée au sens de l'art. 25a LAMal. Compte tenu des perspectives financières pour les cantons, ces derniers ont fait front commun pour exiger qu'ils soient intégrés au projet<sup>154</sup>. A la suite de différentes discussions<sup>155</sup>, le Conseil fédéral a rejoint cette proposition d'inclure les soins de longue durée dans le régime de financement uniforme. Cette proposition a également été suivie par la Commission de la santé et de la sécurité sociale du Conseil des Etats, qui a proposé l'intégration

---

<sup>152</sup> Rapports du Conseil fédéral du 25 novembre 2020 «Financement des soins : intégration dans un financement uniforme ou adaptation des contributions de l'AOS à l'évolution des coûts » et du 25 mai 2016 « Etat des lieux et perspectives dans le secteur des soins de longue durée ».

<sup>153</sup> Voir note 151.

<sup>154</sup> Cf. Prise de position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 28 juin 2018 sur l'avant-projet de la CSSS-N, point 7.

<sup>155</sup> Pour une chronologie, cf. site Internet de la CDS (<https://www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/financement>). Tous les documents pertinents y sont disponibles en format pdf.

des soins de longue durée dans le système moniste de financement sept ans après l'adoption de la révision de la LAMal, soit quatre ans après l'entrée en vigueur des autres dispositions. Elle a été jugée réaliste par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)<sup>156</sup>. Le Conseil des Etats a accepté d'intégrer les soins de longue durée dans le projet de financement uniforme des soins de santé lors de la session d'hiver 2022<sup>157</sup>.

## **B. Autres pistes**

Le Conseil fédéral réfléchit également à d'autres options, pour le cas où l'intégration des soins de longue durée au régime de financement uniforme serait irréalisable, ou refusée pour d'autres raisons. Il propose par exemple d'adapter les contributions de l'AOS à l'évolution des coûts. Contrairement au système actuel, qui prévoit une contribution fixe, l'AOS devrait, selon cette proposition, constamment adapter le montant de sa participation en fonction de l'évolution des coûts des prestations de soins. Si le Conseil fédéral et le Parlement optent pour cette alternative, il resterait notamment à déterminer quels coûts devraient être pris en compte et à quel moment la participation de l'AOS devrait être adaptée. Pour le reste, la responsabilité du financement résiduel serait toujours du ressort des cantons et une participation des patientes et des patients serait aussi exigée.

Le Conseil fédéral discute également de financer les soins de longue durée par un autre biais, hors du cadre de la LAMal<sup>158</sup>. Il imagine notamment la création d'une assurance de soins séparée, obligatoire ou facultative<sup>159</sup>, ou encore la constitution d'une épargne individuelle pour les soins, par exemple sous la forme d'un pilier 3a. Néanmoins, il estime que ces dernières pistes sont moins opportunes que les deux premières, en particulier celle d'intégrer les soins de longue durée au régime de financement uniforme des prestations.

---

<sup>156</sup> Cf. Prise de position de la CDS du 25 novembre 2022 pour les délibérations au Conseil des Etats en novembre 2022, point 1.

<sup>157</sup> Le procès-verbal des débats n'était pas encore disponible au moment de rendre le manuscrit.

<sup>158</sup> Sur ce sujet, cf. les réflexions développées dans l'ouvrage de KAHIL-WOLFF HUMMER, BOILLET et DUTOIT, cité dans la bibliographie.

<sup>159</sup> Dans cette hypothèse, les prestations de soins seraient détachées de l'AOS.

## VI. Conclusion

Nous avons mis en lumière, dans cette contribution, les rôles respectifs des différentes parties prenantes au financement des soins de longue durée, et l'ampleur de leurs interventions respectives. Si la complexité du système, qui effraie bien souvent les personnes qui doivent recourir à ces soins et leur famille, est bien réelle, il faut souligner qu'il offre une protection efficace qui favorise l'accès effectif aux prestations de soins. Contrairement à une idée reçue qui perdure dans l'opinion publique, ce n'est pas, en Suisse, aux familles de financer les soins à domicile ou les séjours en EMS, sous réserve de situations exceptionnelles, l'intervention conjointe de l'assurance-maladie et des pouvoirs publics offrant la couverture nécessaire, y compris lorsque les personnes concernées ne disposent pas de ressources suffisantes.

Si la personne assurée est, de son côté, protégée par des règles qui empêchent un report trop important des coûts sur ses finances, les cantons ont le rôle le plus difficile, dès lors qu'ils assument la seule part de ces coûts qui ne peut pas être limitée et qui ne peut que difficilement être planifiée. Dans ce sens, il est tout à fait compréhensible qu'ils aient insisté pour intégrer les soins de longue durée dans la discussion sur la réforme globale du financement des soins, la pérennité du système actuel n'étant possiblement plus garantie compte tenu des perspectives démographiques.

## Bibliographie

DESPLAND BÉATRICE, La prise en charge des soins de longue durée dans la loi sur l'assurance-maladie, in : Cahiers genevois et romands de sécurité sociale (CGSS), n° 40 (2008), Genève 2008, pp. 113-127.

DONZALLAZ YVES, Traité de droit médical, vol. II, Berne 2021.

DUPONT ANNE-SYLVIE, Enfant en situation de handicap : droit aux prestations sociales et conséquences sur l'organisation familiale, in : Fankhauser/Reusser/Schwander (édit.), Brennpunkt Familienrecht: Festschrift für Thomas Geiser zum 65. Geburtstag, Zurich 2017, pp. 169-191 (cité : *Enfant en situation de handicap*).

DUPONT ANNE-SYLVIE, Le financement résiduel des soins de longue durée : une brèche dans le principe de l'économicité, in : Lendfers/Gächter/Mosimann (édit.), *Allegro con moto – Festschrift zum 65. Geburtstag von Ueli Kieser*, Bâle 2020, pp. 75-89 (cité : *Le financement résiduel des soins de longue durée*).

DUPONT ANNE-SYLVIE, Quelques points d'actualité en droit des assurances sociales, in : Dupont/Heiss/Krauskopf (édit.), *Annales SDRCA 2019*, Zurich 2019, pp. 149-166 (cité : *Quelques points d'actualité en droit des assurances sociales*).

FILIPPO MARTINA/BLUM-SCHNEIDER BRIGITTE, Pflegebedarf und Pflegekosten – Wer entscheidet ?, in: *Pflegerecht* 2/2016, pp. 114-117.

FRÉSARD-FELLAY GHISLAINE/KAHIL-WOLFF BETTINA/PERRENOUD STÉPHANIE, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. II, Berne 2015.

GÄCHTER THOMAS, Urteil des Bundesgerichts, II. sozialrechtliche Abteilung, vom 31. Oktober 2012 (9C\_365/2012), in: *Pflegerecht* 4/2013, pp. 245-247.

KAHIL-WOLFF HUMMER BETTINA/BOILLET VÉRONIQUE/DUTOIT FABIEN (édit.), *L'assurance dépendance, un projet pour l'avenir – Etude de droit suisse, international et européen*, Berne 2018.

LANDOLT HARDY, Vergütung von ambulanten Pflegekosten gemäss Art. 25a KVG, in: Lendfers/Gächter/Mosimann (édit.), *Allegro con moto – Festschrift zum 65. Geburtstag von Ueli Kieser*, Bâle 2020, pp. 257-275.

PERRENOUD STÉPHANIE, *La protection de la maternité. Etude de droit suisse, international et européen*, thèse Lausanne, Berne 2015 (cité : *La protection de la maternité*).

PERRENOUD STÉPHANIE, Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences ?, in : RSAS 5/2015, pp. 415-437 (cité : *Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS, 1<sup>re</sup> partie*).

PERRENOUD STÉPHANIE, Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS : quelles différences ?, in : RSAS 6/2015, pp. 524-556 (cité : *Soins à l'hôpital, soins à domicile et soins en EMS, 2<sup>e</sup> partie*).