

RAPPORT FINAL

Concernant la recherche :

Remboursement partiel des soins : quel statut politique pour les soins dans l'assurance-maladie ?

Une analyse exploratoire du processus politique de définition des soins dans le cadre des débats sur la révision de l'assurance obligatoire des soins en Suisse (1998 – 2008)

A l'attention du Réseau d'études appliquées en politiques sociales, familiales et de la santé REA

Requérant principal : Blaise Guinchard

Co-requérante : Elisabeth Hirsch Durrett

Assistante de recherche : Isabel Valarino

Le 16 juin 2009

Site du requérant principal :

Haute Ecole de la Santé La Source (HEdS La Source)

Table des matières

1. RÉSUMÉ.....	5
2. REMERCIEMENTS	6
3. INTRODUCTION	7
3.1 Structure générale du rapport.....	8
4. CADRE GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE	9
4.1 Problématique.....	9
4.1.1 Pas de définition pour les soins.....	9
4.1.2 La notion de « soins » dans l'assurance obligatoire des soins	9
4.1.3 Un remboursement partiel des soins.....	10
4.1.4 Questions et hypothèses de recherche	11
4.1.5 Phases d'analyse	12
4.2 Approches théoriques et méthodologiques	12
4.2.1 Approches théoriques.....	12
4.2.2 Délimitation du corpus	16
4.2.3 Analyses entreprises	17
4.2.4 Entretiens auprès d'acteurs clés et d'actrices clés.....	22
5. PREMIER NIVEAU DE STRUCTURATION DU MATÉRIEL.....	24
5.1 Le casting	24
5.1.1 Description de la population selon les variables sociodémo-graphiques.....	24
5.1.2 Analyse de tableaux croisés.....	38
5.2 Déroulement des débats	48
5.2.1 Période 0 - Thèmes centraux des débats concernant le financement des soins et thèmes saillants	48
5.2.2 Période I	51
5.2.3 Période II	56
5.3 Matériel issu des travaux au Plénum.....	69
5.3.1 Analyse lexicale	69
5.3.2 Analyse de l'environnement des mots.....	95
5.3.3 Analyse thématique	105
5.4 Analyse des discours – Eléments comparatifs entre quelques figures emblématiques .	118
5.4.1 Discours des femmes parlementaires	118
5.4.2 Discours du Conseiller fédéral Pascal Couchepin	125
5.5 Sociogramme (synthèse).....	130
6. ASPECTS THÉMATIQUES.....	133
6.1 Types de discours politiques et action politique	133
6.1.1 Des types de discours	134
6.1.2 Des discours à l'action politique	135

6.2 Le processus politique d'élaboration législative	137
6.2.1 Contexte institutionnel et structures d'actions	138
6.2.2 Les coalitions d'acteurs : de la controverse à la construction d'un compromis	140
6.2.3 Une coalition de cause	141
6.2.4 La légitimité par les connaissances.....	143
6.3 Droit et politique sociale	147
6.3.1 Les soins de longue durée et les « impossibles révisions de la LAMal »	147
6.3.2 Et l'assurance dépendance / « 5 ^{ème} risque » ?.....	148
6.3.3 La voix des usagers, s'est-elle fait entendre ?	148
6.3.4 Le « rideau de rösti »	149
6.3.5 Et pour la suite – des différences intercantionales qui pourraient encore croître... ..	149
6.3.6 Les soins de transition, un animal bâtard et une durée arbitraire	149
6.4 Politique professionnelle.....	150
6.4.1 De la notion de « soins » à celle de « care ».....	150
7. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	155
7.1 Principaux résultats	155
7.2 Recommandations.....	157
7.3 Perspectives ultérieures de recherches	158
8. EN GUISE DE CONCLUSION.....	159
9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	160
9.1.1 Ouvrages	160
9.1.2 Rapports	161
9.1.3 Articles.....	161
9.1.4 Méthodologie	163
9.1.5 Textes législatifs	163
9.1.6 Internet.....	163
9.2 Abréviations	164
9.3 Liste des tableaux.....	166
9.4 Liste des figures.....	168
9.5 Index thématique	169
10. ANNEXES.....	172
10.1 Liste des annexes du rapport	172
10.2 Liste des annexes du CD-rom	172

1. Résumé

L'étude présentée dans ce rapport s'inscrit dans le cadre de l'analyse des politiques publiques et porte sur le statut politique accordé aux soins dans les débats du Parlement suisse. Elle vise à identifier qui sont les acteurs·trices qui influencent les décisions au niveau du Parlement en matière de soins de longue durée et à examiner les mécanismes qui légitiment les décisions prises.

Dans ce rapport, nous retraçons l'étude que nous avons menée depuis une année sur la récente révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) concernant le financement des soins. Ce processus législatif s'est terminé en juin 2008 par l'adoption au Parlement fédéral d'une loi révisée en matière de financement des soins. Cette révision de la LAMal intéresse tout particulièrement l'exercice de la profession infirmière. En effet, le Parlement suisse a conduit des travaux visant à ne plus rembourser pleinement les soins infirmiers, contrairement aux options prises une douzaine d'année plus tôt en votation populaire. Les réformes votées ont pour conséquences un remboursement partiel des soins en établissements médico-sociaux (EMS) et à domicile. Les professionnels·les des soins, les personnes âgées et les malades chroniques et leurs proches, ainsi que les cantons sont affectés par ces décisions et/ou subiront des reports de charges.

En mettant en parallèle une analyse lexicale des débats parlementaires avec une analyse du réseau politique (groupes politiques, lobbys, genre, etc.), cette recherche questionne les interactions entre les acteurs·trices et les processus qui aboutissent au final à une décision politique qui préterite les soins dans la législation nationale sur l'assurance-maladie. Les résultats de l'analyse du réseau politique et ceux de l'analyse lexicale ont été mis en perspective avec des entretiens semi-dirigés réalisés auprès d'une dizaine de personnes identifiées comme des acteurs·trices clés du processus de révision législative (parlementaires, membres de groupes de pressions ou de l'administration).

En termes de résultats, les débats parlementaires révèlent une grande méconnaissance de la nature des soins, dont il s'agissait pourtant de déterminer le statut politique dans l'assurance maladie. L'absence d'argumentation fondée sur le contenu des soins est frappante. La logique qui sous-tend les réformes est essentiellement économique. Ceci aboutit au final à un « bricolage » législatif qui vise principalement – sur fonds de compromis – à figer un statut quo défini en termes de montants financiers pour le remboursement des soins par les caisses-maladie. Le périmètre limité dans lequel les décisions politiques ont été prises revient à repousser à d'autres moments et à d'autres niveaux de décisions – essentiellement cantonaux – les mesures à instaurer ainsi que leur prise en charge financière concernant les personnes âgées et les malades chroniques.

Il faut relever que, durant le processus de révision législatif, plusieurs parlementaires féminines, tous bords politiques confondus, se sont fortement engagées contre les propositions de révision, notamment au travers de la recherche d'alternatives visant à limiter les restrictions envisagées au départ. Force est de constater que leurs prises de paroles fréquentes et parfois passionnées n'ont pas toujours été suivies d'effets.

Au vu des décisions limitées et difficiles à mettre en œuvre qui ont été votées, le Parlement sera certainement contraint de reprendre le dossier des soins aux personnes âgées et aux malades chroniques. Il sera en particulier appelé à intégrer à sa réflexion les questions touchant à l'apport des soins professionnels, au rôle et à la place des proches aidant·e-s et aux besoins spécifiques desdits proches en termes d'appui par les professionnel·le-s. Il en va de la reconnaissance de la dépendance comme risque spécifique, enjeu national majeur des décennies à venir.

2. Remerciements

Nos remerciements vont à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO) ainsi qu'au Conseil scientifique du Réseau d'études appliquées en politiques sociales, familiales et de la santé (REA) qui, grâce au Fonds stratégique de la HES-SO, nous ont donné les moyens financiers et conceptuels de réaliser cette étude. Les sites de la HES-SO, respectivement la Haute Ecole de la Santé La Source (HEdS La Source) et la Haute Ecole de Travail social et de la Santé –éesp (HETSS – éesp), ont également contribué à la réalisation de ce travail en nous allouant du temps et les infrastructures indispensables à la bonne réalisation de notre étude.

Nous remercions également toutes les personnes sollicitées au cours de cette étude. La très grande majorité d'entre elles nous ont ouvert leurs portes sans restriction et ont accepté de consacrer du temps à répondre à nos questions. La liste des personnes interviewées figure en annexe.

A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de présenter l'une ou l'autre des étapes de notre travail. Nous l'avons fait dans le cadre de divers cours à la HEdS La Source, à la HETSS – éesp ou à la Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé (HECV Santé), lors d'un « Café Recherche » à la HECV Santé, lors des « Séminaires-Chercheurs » de la HEdS La Source, lors du « Séminaire sur les politiques relatives à l'administration des services infirmiers » de l'Université de Laval (Canada), ainsi que lors du Congrès national de l'Association suisse des infirmières et infirmiers. Les remarques et encouragements des étudiant-e-s, des professionnel-le-s des soins, des collègues enseignant-e-s ou chercheurs-ses nous ont permis d'avancer dans notre étude. Nous les en remercions.

Nous remercions vivement nos collègues qui ont pris du temps pour la relecture critique du rapport final et nous faire part de leurs commentaires.

Finalement, ce travail n'aurait pas été possible sans les précieux apports des membres de notre comité scientifique, à savoir la Professeure Clémence Dallaire de l'Université de Laval (Canada), la Professeure Béatrice Despland de la HECV Santé, la Professeure Annie Oulevey Bachmann de la HEdS La Source et le Professeur Frédéric Varone de l'Université de Genève. Nous les remercions chaleureusement pour leurs conseils, suggestions et critiques, qui ont nourri ce travail et nous ont ouvert des pistes de réflexions. Les erreurs ou interprétations abusives qui subsistent dans notre rapport relèvent bien sûr de notre seule responsabilité.

3. Introduction

A l'heure où nous terminons ce rapport, il ne se passe pas de jour sans que la presse ne se fasse l'écho des préoccupations du gouvernement, des prestataires ou des assureurs maladie en matière de réformes de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10). Chaque spécialiste arrive dans le débat avec son diagnostic spécifique sur les problèmes constatés, avec ses critiques et avec ses propositions de réformes. Seul le constat que le système est malade et qu'il faut agir énergiquement pour le soigner semble faire consensus.

Les dernières propositions du gouvernement en ce mois de mai 2009 (instauration d'un nouveau ticket modérateur de Frs 30.- par consultation médicale, gels éventuels des tarifs en cas de hausse excessive de la consommation, etc.) ont la particularité de lever une forte opposition contre elles. On dénonce de toute part une atteinte grave en matière d'accès aux soins, voire un démantèlement du système de sécurité sociale.

Paradoxalement, en juin 2008, le Parlement décidait de limiter la couverture des soins dans l'assurance obligatoire et exigeait une participation accrue du patient jusqu'à des montants estimés alors par l'administration à Frs. 7'000.- par an et par situation de soins. A l'époque, très peu d'acteurs et d'actrices du système sanitaire ont manifesté leur inquiétude. Les médias se sont peu exprimés sur ce sujet et le monde politique semblait globalement satisfait du compromis trouvé entre les différentes parties aux débats. Bien que mécontents, les prestataires de soins eux-mêmes ont renoncé au lancement d'un référendum contre le projet de loi voté par le Parlement.

En matière de politique sanitaire, y aurait-il des sujets plus ou moins porteurs pour les politicien-ne, les journalistes ou les acteur-trice du système de santé ? Cette étude n'ambitionne pas de répondre à cette question quelque peu polémique. Elle cherche plutôt à lever un coin du voile sur un processus politique qui concerne la révision du financement des soins. Bien que cet objet ait occupé le Parlement durant plusieurs années, il est toujours resté un peu dans l'ombre d'autres débats en matière de réformes de l'assurance obligatoire des soins. Comment les différents protagonistes du système se sont-ils comportés ? Sur quelles bases les décisions ont-elles été prises ?

Il s'agit ici d'investiguer la dynamique d'un processus qui concerne le statut politique accordé aux soins. Nous sommes au cœur de l'avenir du système de sécurité sociale suisse, puisque ce processus concerne les soins de longue durée dispensés aux patient-e-s âgé-e-s et aux malades chroniques.

La multiplicité et le manque de cohérence des propositions de réforme du système sanitaire suisse qui semblent actuellement fuser de toutes parts peuvent être vus comme des symptômes de panique. L'augmentation des dépenses sanitaires, suivie d'effets décrits comme mécaniques sur les primes par tête qui financent le système de santé, doit être jugulée, nous disent les autorités politiques. Les mesures proposées semblent cependant refléter un manque de maîtrise globale sur un système complexe caractérisé par un enchevêtrement de problématiques politiquement explosives. La lame de fond du vieillissement par le sommet et le coût des soins liés à des problèmes de santé chroniques ou associés au très grand âge sont vus comme des menaces rendant indispensables des réformes du système. Nous y reviendrons dans nos conclusions.

Dans ce contexte, la « résolution » politique du problème posé par les soins de longue durée ressemble plus à une mise en touche de la question. N'aurait-il pas plutôt fallu réfléchir à la valeur des soins et à leur place fondamentale dans les actions de maintien de la santé, et se rappeler qu'« *une grande partie des soins n'a de valeur que dans la mesure où ils permettent à ceux dont les besoins sont les plus complètement satisfaits de poursuivre d'autres fins* » (Tronto 2009, p. 161) ?

3.1 Structure générale du rapport

Ce rapport, qui présente l'étude réalisée sur les débats relatifs au financement des soins dans la LAMal, est organisé en quatre grandes parties.

Nous brossons d'abord le cadre général de l'étude en commençant par la problématique étudiée (Partie 4). Le rapport aborde ensuite la méthodologie utilisée pour cette étude. Sont présentées notamment les méthodes convoquées pour le travail d'enquête, soit l'articulation de méthodes quantitatives (analyse lexicale, étude statistique des profils des acteurs·trices participant aux débats) et qualitatives (analyse thématique et entretiens semi-dirigés). Cette partie présente également le cadre théorique qui sous-tend les travaux conduits ainsi que les liens avec les travaux d'autres auteur·e·s.

Ensuite, le rapport présente les résultats de l'analyse qui a été menée sur le corpus de matériel issu des travaux du Parlement (Partie 5). Les acteurs·trices ayant participé aux débats sont présenté·e·s et le déroulement des débats décrit. Les résultats de l'analyse lexicale et des discours sont abordés ensuite. La présentation du sociogramme représentant graphiquement les différents éléments relevés auparavant conclut cette partie.

Puis, nous développons l'analyse selon quatre grandes entrées en y insérant des éléments recueillis lors des entretiens semi-dirigés réalisés auprès des acteurs·trices clés (Partie 6).

Finalement, la synthèse du rapport met en évidence les éléments clés de l'étude et esquisse des recommandations et quelques pistes générales pour des recherches ultérieures (Partie 7).

4. Cadre général de la recherche

Cette partie a pour but de baliser le territoire de notre recherche au travers de deux chapitres présentant tout d'abord la problématique du financement des soins en regard de la législation suisse sur l'assurance obligatoire des soins, puis la méthodologique qui a guidé notre travail.

4.1 Problématique

La problématique sous-jacente à notre recherche fait tout d'abord appel à l'absence de définition des soins dans la législation suisse. La Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10) contient bien une « définition » des soins ; celle-ci s'avère toutefois très incomplète. Les problèmes que rencontrent les autorités fédérales en matière de délimitation et de prise en compte des soins dans les assurances sociales doivent également être soulignés.

Le rappel de ces éléments nous permet d'introduire nos questions de recherche.

4.1.1 Pas de définition pour les soins

Les soins se situent au cœur de la législation nationale régissant le système sanitaire helvétique. Paradoxalement, il n'existe pas de réelle définition du terme « soins » dans les assurances sociales. En matière de politique sanitaire fédérale, Despland (2004) rappelle que « *les débats semblent démontrer que la définition des soins et traitements en tant que telle n'a jamais constitué un sujet de réflexion propre pour les parlementaires* ». Il a fallu attendre les années nonante et la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) pour que le débat sur la question du financement des soins émerge sur la scène politique fédérale; dans la mesure où cette loi prévoit la prise en charge des coûts des soins par les assureurs maladie, ceci au même titre que d'autres prestations : « *L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.[...] Ces prestations comprennent: les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par: 1. des médecins, 2. des chiropraticiens, 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical* » (LAMal, art. 25, al. 1 et 2).

4.1.2 La notion de « soins » dans l'assurance obligatoire des soins

Durant les années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la LAMal, un débat acharné entre les assureurs-maladie, les autorités fédérales et les prestataires de soins quant à la détermination de ce qu'il s'agit de définir comme « soins » dans le cadre de la loi – et par conséquent quelles prestations doivent être remboursées - a émergé. En 1998 déjà, au vu de l'évolution des dépenses en matière sanitaire et sur la base d'un manque de transparence dans la comptabilité des organisations prestataires, le Conseil fédéral décide d'introduire des tarifs-cadres gelant le montant des remboursements au niveau des dépenses prévalant avant l'introduction de la loi, ce qui équivaut grosso modo à soixante pourcent des coûts réels. Après une première tentative de révision de la LAMal, qui échoue en 2003, et suite à deux vagues avortées de propositions du Conseil fédéral, les chambres fédérales travaillent à un projet de remboursement des soins dès l'automne 2006.

Ce projet a pour but de poser un cadre au financement des soins (Message du

Conseil fédéral sur le nouveau régime de financement des soins, 05.025). Comme le titre du message du Conseil fédéral l'indique, le mode de financement des soins est bien l'aspect central de la révision. Quels sont les soins qui doivent être remboursés? Dans le cadre de quel régime d'assurance, sous quel mode et pour quels bénéficiaires faut-il les penser ? Les soins effectués par différents prestataires doivent-ils être considérés sur le même plan ? Ces interrogations reviennent en définitive à poser la question de la définition des soins, question largement ignorée jusque là par le débat politique autour des assurances sociales.

A cheval entre prestations sociales et sanitaires et entre prestations professionnelles et domestiques, les soins sont difficiles à catégoriser. Pour certains, il faut éviter que l'exercice des soins ne représente « *une source illimitée de revenu* »¹ pour les prestataires. Dans cette logique, il s'agit de maîtriser l'augmentation des coûts liée aux extensions de prestations dans le domaine des soins instaurées par la LAMal.² Pour d'autres, il s'agit de mettre des pratiques en conformité avec la législation en vigueur.³ En effet, le principe de l'égalité de traitement n'est pas respecté puisque les malades chroniques et les personnes âgées ne sont pas traités de la même manière que les malades en situations aiguës.

Certes moins médiatisée que la question de la levée de l'obligation de contracter qui touche de plein fouet l'exercice de la médecine, la question du financement des soins n'en fait pas moins des vagues à intervalles réguliers. Le terme « soins » recouvre de nombreuses prestations. Lesquelles doivent-elles être rétribuées au titre de l'assurance obligatoire des soins ? Lesquelles doivent-elles être rétribuées dans le cadre d'autres assurances sociales ? Lesquelles ne doivent pas être prises en charge par le système de sécurité sociale ? L'absence historique de débat politique spécifique sur la définition des soins se fait sentir crûment, au même titre que la faible problématisation des questions de professionnalisation des fonctions soignantes et de l'aide aux personnes âgées et aux malades chroniques dans notre société. Quel peut alors être le statut politique des « soins » ?

4.1.3 Un remboursement partiel des soins

Le projet sur le financement des soins tel qu'envisagé par les chambres fédérales a la particularité de chercher à entériner, par modification législative, la *pratique* d'un remboursement partiel des soins en vigueur depuis 1998. Rappelons que la LAMal prévoyait explicitement une prise en charge intégrale des frais de soins. Le projet consiste à n'envisager plus qu'un remboursement partiel par les caisses-maladie, fixé à soixante pourcent des coûts des soins couverts par l'assurance. Le reste incomberait, selon les différentes options débattues, à d'autres assurances sociales, aux personnes elles-mêmes ou aux finances cantonales, directement ou par le recours à des mécanismes tels que les régimes d'aide sociale. Ce mode de remboursement partiel d'une prestation du catalogue de l'assurance obligatoire des soins représente « une première » dans la courte histoire de la LAMal. Ce projet crée un précédent en regard des réformes débattues dans le cadre de la révision de la LAMal.

¹ Propos du Conseiller fédéral Pascal Couchepin devant le Conseil des Etats le 19.9.2006 à 8h00, Flims (GR).

² Economiesuisse, Dossier politique, papier de positionnement du 10.09.2007.

³ "Einen illegalen Zustand im Bereich der Pflege", propos de la Conseillère nationale Christine Goll devant le Parlement (S, ZH) le 21.06.2007 à 15h00, Berne.

4.1.4 Questions et hypothèses de recherche

Notre recherche s'inscrit dans le cadre théorique de l'analyse des politiques publiques et est centrée sur l'analyse d'une période du cycle d'une politique publique, à savoir le moment de l'adoption du programme législatif⁴. Dans cette étude, il s'agit, au travers de l'analyse des débats qui se sont déroulés dans le cadre des chambres fédérales, de mettre en évidence les acteurs-trices avec lesquels, ainsi que les processus par lesquels, la définition des soins trouve sa légitimité politique dans le cadre la révision de la LAMal. La période sur laquelle porte la recherche est centrée sur :

- Un premier train de réformes de la LAMal : instauration de tarifs-cadres pour les soins en 1998 et des réformes plus globales qui ont échoué au terme du processus parlementaire en décembre 2003 (1998 – 2003),
- La révision actuelle qui vise une limitation des effets financiers liés à l'intégration des soins opérée à l'origine dans la LAMal (2004 – 2008). La nature et les effets des révisions adoptées durant le déroulement de la recherche, en juin 2008, sont évoquées en conclusion.

Questions de recherche :

- Comment et par quel-le-s acteurs-trices les soins sont-ils définis dans le cadre de la révision de la LAMal au Parlement ? L'enjeu ici est la mise en évidence des mécanismes de légitimation.
- Que révèle la mise en évidence des mécanismes de légitimation des acteurs-trices qui ont participé à l'élaboration de la définition de la notion de 'soins' ?

Notre recherche questionne les débats actuels sur la révision de la LAMal et plus particulièrement ceux relatifs à la définition de la notion de « soins ». Les débats font référence – que ce soit pour s'en réclamer ou pour s'en distancier – aux principes adoptés lors de l'élaboration de la loi à la fin des années quatre-vingt et début des années nonante. Dans le cadre de notre recherche, nous considérons les principes adoptés alors comme une donnée. Les analyses déjà conduites ces dernières années par l'Institut du Droit de la Santé (IDS) de Neuchâtel et portant sur les périodes d'élaboration et d'évolution de la LAMal précédant 2003 sont bien entendu mises à profit et intégrées à notre réflexion.

Hypothèse de recherche complémentaire :

Une piste de recherche complémentaire est inscrite dans l'hypothèse de départ ; elle considère le travail législatif en cours comme potentiellement porteur d'une reproduction des schémas traditionnels en matière de reconnaissance de la valeur et de l'importance de types de prestations sanitaires caractérisés par des différences de genre. La notion de genre est à comprendre comme un processus qui s'inscrit dans « *un système social [...] fondé sur des représentations et des pratiques* » (Parini, 2006). La nature de la considération accordée aux soins doit donc également être analysée dans le cadre du processus d'une construction de la problématique politique qui en minimise l'importance et l'impact, donc la légitimité en termes de couverture financière.

⁴ L'adoption du programme législatif répond à la définition sociale et politique du problème politique et détermine la mise en œuvre des décisions prises. (Knoepfel et al., 2006).

4.1.5 Phases d'analyse

Plusieurs étapes d'analyse sont nécessaires afin d'aborder les questions posées. Elles peuvent être synthétisées comme suit :

- Tracer le script des décisions relatives à la question du financement des soins dans le cadre de la révision de la LAMal.
- Mener une analyse lexicale sur les débats.
- Mettre en évidence les thématiques principales ressortant des débats.
- Elaborer une carte du réseau (policy network) mettant en évidence les acteurs·trices parlementaires principaux qui sont engagés dans les débats sur la thématique ainsi que les organisations afférentes. (Identification des acteurs·trices, leurs fondements idéologiques, pour qui et au nom de qui ceux-ci/celles-ci s'expriment).
- Elaborer un sociogramme des acteurs·trices.

4.2 Approches théoriques et méthodologiques

Dans ce chapitre, nous tentons tout d'abord de baliser un cadre théorique faisant appel aux champs de la politique sociale, de la sociologie politique, de l'analyse de discours, ainsi que des questions de genre.

Nous présentons ensuite le corpus sur lequel nous avons travaillé : les débats du Parlement d'une part et le fruit d'entretiens semi-dirigés avec des acteurs·trices clés du processus politique d'autre part. Nous présentons ensuite les différentes analyses entreprises que ce soient celles relatives aux profils des parlementaires ou celles relatives à l'analyse des textes. Nous poursuivons en présentant la démarche mise en place dans le but de réaliser les entretiens semi-dirigés.

4.2.1 Approches théoriques

La problématique de cette étude s'inscrit dans le paysage suisse de la sécurité sociale, paysage en pleine évolution notamment en matière de politique sanitaire. Elle est caractérisée par son actualité, au sens où le processus étudié s'est poursuivi tout au long de la recherche et n'a pas encore formellement atteint son terme, puisque les ordonnances d'applications définitives des textes adoptés n'ont pas encore été promulguées.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons ainsi été confronté·e-s aux débats idéologiques sur la politique sanitaire. En tant qu'acteurs·trices engagé·e-s dans la formation de professionnel·le-s de la santé et du social, et en tant qu'analystes des conséquences sur le terrain de décisions antérieures en la matière, nous sommes bien entendu partie prenante du processus étudié. De constants allers et retours entre le matériel recueilli et un cadre conceptuel empruntant à plusieurs disciplines nous ont aidé à déconstruire le processus politique qui faisait l'objet de notre étude. Nous évoquons brièvement ces approches disciplinaires afin de rendre explicites les éclairages auxquels nous avons eu recours.

Nous nous sommes attaché·e-s à conduire nos travaux de la manière la plus rigoureuse possible. Il n'en reste pas moins qu'une posture engagée, voire militante, peut parfois informer l'approche du chercheur ou de la chercheuse qui revendique le statut d'observateur·trice. Le cadre conceptuel utilisé nous a permis, nous le croyons, d'assumer un positionnement qui nous paraît adéquatement distancé tout en restant fondé sur des valeurs – en particulier celle de solidarité – qui nous paraissent

inhérentes à la notion même d'assurance sociale.

Politique sociale et aspects liés aux finances publiques

La question de la prise en charge de la dépendance – maladies chroniques et grand vieillissement – interpelle le financement de la sécurité sociale. A ce titre, en considérant les dépenses consacrées aux soins, nous pouvons affirmer que celles-ci sont importantes mais doivent être relativisées en regard des coûts globaux de la santé. Le rapport d'experts (Iten et Hammer, 2004) commandé par l'Office fédéral des assurances sociales estime le coût global des soins dans les établissements médico-sociaux à 5,2 milliards de francs et à 0,9 milliards de francs ceux effectués dans le secteur ambulatoire, soit un total de 6,1 milliards de francs pour les soins professionnels de longue durée. De ce montant, 1,3 milliards « seulement » incombent aux assureurs-maladie dans le cadre de la LAMal, le reste se voit réparti entre les budgets des pouvoirs publics et ceux des personnes elles-mêmes. Ces chiffres sont affinés dans le cadre d'une étude plus récente (Iten et al., Rapport Infras, 2007 et Fuhrer, 2008) qui vise à estimer les coûts relatifs à la LAMal en EMS et dans les services de soins à domicile. Les résultats de l'étude estiment que les montants des soins en EMS pour la Suisse se montent à 2,8 milliards de francs, et à 600 millions de francs pour les soins dispensés dans le cadre des services de soins à domicile. L'étude relève également la difficulté d'aboutir à des résultats valides, notamment en raison de « *problèmes de délimitation [...] entre les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et celles qui ne le sont pas* » (Fuhrer 2008).

Malgré cette répartition qui semble les avantager, les caisses-maladie craignent d'avoir à assumer un doublement du montant leur incombant durant les prochaines années, ceci pour deux raisons : d'une part, la consommation de services sanitaires augmente de manière apparemment inéluctable. Selon certains scénarios concernant l'évolution des dépenses de ce domaine établis par l'OBSAN (Jaccard Ruedin et al., 2006), les coûts relatifs à la prise en charge des maladies de longue durée pourraient plus que doubler d'ici à 2030. D'autre part, l'instauration d'une comptabilité analytique au sein des organisations de soins est en passe de faire « apparaître » des soins permettant la facturation de ceux-ci aux caisses-maladies.

Dans ce cadre, le Büro für Arbeits und Sozialpolitischen Studien (BASS, 2007) a mené une étude, sur mandat du groupe parlementaire socialiste, à laquelle le Conseiller national Stéphane Rossini a participé. Celle-ci relativise les montants consacrés au financement des soins dans la LAMal en regard des autres dépenses de santé. L'étude propose des pistes de solutions à rechercher dans le système suisse de sécurité sociale.

Incidences de la politique nationale de santé

Les décisions politiques nationales, notamment celles relatives au financement hospitalier mais également la mise en œuvre de la Réforme de la péréquation financière de la Confédération (RPT), auront à terme une incidence sur l'évolution de la nature des hospitalisations et des séjours non-hospitaliers. Ces éléments auront des conséquences sur le mode de recours aux prestations d'aide et de soins ambulatoires ou en EMS ainsi que sur le recours aux aidant-e-s non professionnel-le-s : conjoint-e, famille, voisinage, groupes d'entraide.

Différent-e-s auteur-e-s proposent des éléments d'analyse relatifs à un état des lieux et aux perspectives d'évolution des soins à la dépendance en Suisse :

- Dans le cadre des travaux de l'Observatoire suisse de la santé, Jaccard-Ruedin (2006) propose une photographie de la répartition entre structures de prises en charge des personnes âgées extra-muros et intra-muros en fonction des

cantons suisses.

- Hugentobler et Höpflinger (2003, 2006) analysent pour leur part les besoins des personnes âgées et proposent des pistes pour répondre à l'évolution de ceux-ci.
- Despland et al. (2004) présentent les réflexions de l'Institut de Droit de la santé sur la question des soins dans le cadre des assurances sociales suisses et mettent celles-ci en rapport avec des éléments de comparaison internationale.

Analyse des politiques publiques

Le champ d'analyse de cette étude est le système politico-administratif, considéré tout d'abord en tant que système. Par ailleurs, nous retenons la définition d'Easton (Knoepfel et al. 2006) :

Le système politico-administratif comprend l'ensemble des institutions gouvernementales (parlement / gouvernement), administratives et judiciaires d'un pays, qui disposent de la capacité apparemment légitimée par l'ordre juridique de structurer n'importe quel domaine de la société par des décisions de nature autoritaire. Ces décisions résultent de processus politico-administratifs qui sont réalisés selon des règles de procédure d'interactions internes et externes précises ».

Dans le cadre de notre étude, nous avons mis l'accent sur deux moments du cycle de la politique publique (Knoepfel et al., 2006) en matière de révision de l'assurance obligatoire des soins en général et de la prise en compte de la question des soins de longue durée dans le cadre de cette révision en particulier. Il s'agit de :

- La mise à l'agenda du problème politique des soins : le moment de l'intégration des soins dans la législation sur l'assurance maladie, puis le questionnement sur leur existence dans cette loi dès son entrée en vigueur (1994 – 2003).
- Le moment de l'adoption du programme législatif, soit la révision actuelle qui vise une limitation des effets financiers liés à l'intégration des soins opérée dans un premier temps (2004 – 2008).

Cet angle théorique d'approche est complété par le recours au cadre d'analyse des politiques publiques « L'Advocacy Coalition Framework » développé par Sabatier (Bergeron et al. 1998) ainsi que par différents travaux de science politique analysant le système politique suisse (voir notamment Germann 1996 et Braun 2007).

Genre et soins

Le terme « soins » recouvre de nombreuses prestations. Lesquelles doivent être couvertes par l'assurance obligatoire des soins ? Lesquelles doivent être rétribuées dans le cadre d'autres assurances sociales ? Lesquelles ne doivent pas être prise en charge par le système de sécurité sociale ?

Une compilation de différentes études réalisées par l'Office fédéral de la statistique (Marolf, 2005) arrive à la conclusion que, si les soins réalisés à l'intérieur des ménages devaient être effectués par du personnel spécialisé rétribué, la facture se monterait à 1,2 milliards pour la Suisse en 2000. A ce montant, il s'agit d'ajouter ceux liés au travail réalisé par les professionnel-le-s des soins.

Au travers de l'adoption de mesures visant la prise en charge financière des soins, une catégorie particulière de la population est touchée : les femmes. Deux éléments permettent de le rappeler (OFS, 2007 et ESPA, 2006) : Premièrement, les femmes sont majoritaires dans les couches les plus âgées de la population, soit 66,5% de femmes dans la catégorie des 80 ans et plus. Deuxièmement, les personnes

prodiguant des soins sont en grande majorité des femmes. En ce qui concerne le travail non rémunéré, Schmid et al. (2002) estiment la part des femmes au double de celle des hommes. Deux chiffres parlent d'eux-mêmes en ce qui concerne le travail rémunéré : selon l'Enquête suisse sur la population active, 20,5% des femmes en emploi, contre 4,9% des hommes en emploi, sont occupées dans le secteur de la santé et des activités sociales.

En partant d'une hypothèse de départ considérant les liens entre la nature du travail de soins, le sexe des personnes l'effectuant et le sexe des personnes en bénéficiant, notre étude considère le débat politique comme une construction sociale. Nous analysons le processus d'élaboration de la loi à l'aide de la notion de rapports sociaux de sexe. Avec Parini (2006), nous comprenons la notion de genre comme un processus qui s'inscrit dans « *un système social [...] fondé sur des représentations et des pratiques qui ont pour objet de :*

- *définir la nature des femmes et des hommes et leurs différences [...],*
- *déterminer sur cette base leurs places respectives dans la société,*
- *créer des conditions institutionnelles de cette partition des territoires basée sur l'inégalité,*
- *organiser la permanence de cette situation (pour le groupe dominant),*
- *contester cette situation en vue de la changer (pour le groupe dominé [...]) ».*

Ces éléments permettent une déconstruction du discours de légitimation des décisions prises qui orientent la politique sanitaire nationale.

Afin de souligner les types d'éclairages qui nous semblent les plus pertinents pour notre problématique, nous mentionnons brièvement les travaux de différentes auteures qui portent directement sur les questions sous-jacentes à notre objet :

- Jobin (1995) analyse l'assignation prioritaire des femmes à la sphère privée et les discriminations qui en découlent pour les femmes dans notre société.
- Cresson (1995, 2006) travaille sur le *care* et son articulation entre les sphères domestique et professionnelle.
- Carrasco (2007) critique la non prise en compte par l'économie de marché du travail de soins non rémunérés. Elle analyse le rôle de cette omission dans la reproduction de l'assignation des femmes au travail relevant de la sphère privée et par là l'impact des politiques publiques sur les sexes.
- Kergoat a, dans un travail pionnier (1992) proposé l'analyse du mouvement de revendications des infirmières en 1988 en France et en dégage des caractéristiques qui le distinguent d'un mouvement syndical masculin.
- Dallaire (2002 et 2008) propose des pistes de réflexions à l'attention des membres de la profession infirmière pour prendre conscience de l'importance de l'action politique et pouvoir agir dans cette sphère.
- Gordon, en tant que journaliste, analyse (2005) et propose des pistes d'action concrètes (2007) aux professionnel-le-s infirmiers-ères pour construire un message social et politique percutant.
- Dans des articles spécifiques, Fletcher (2007) montre, dans une analyse de la littérature professionnelle infirmière anglo-saxonne, les liens qu'il y a entre l'image peu élevée qu'ont les infirmiers-ères d'eux-elles-mêmes et l'image que le public a de la profession infirmière. Dans le même registre pour le canton de Vaud, Chaves (2005) critique le discours des professionnel-le-s en soins infirmiers sur eux-elles-mêmes.

Analyse du discours

Dans nos analyses, nous cherchons à retracer les conditions d'expression des discours des parlementaires sur la question du financement des soins. Dans cette perspective, nous articulons notre approche des discours des parlementaires à cheval entre les deux traditions d'analyse du discours communément reconnues ; d'une part l'analyse anglo-saxonne qui se base sur l'analyse de contenu et l'analyse de corpus volumineux et dont le but est de mettre en évidence les occurrences du discours en lien avec des variables pré-définies ; d'autre part l'école française (Mainguenaud, 2007) où l'analyse des éléments performatifs du discours met en évidence des mots pivots qui constituent autant de véritables promesses d'action.

4.2.2 Délimitation du corpus

Le corpus retenu pour l'étude consiste dans les retranscriptions intégrales des travaux des Chambres fédérales relatives aux révisions de la LAMal (1998 – 2008). Plus spécifiquement, nous avons considéré les débats parlementaires consacrés à la problématique du financement des soins en tant que productions discursives sur la notion de soins. Cet angle d'approche nous a permis de définir trois périodes distinctes en fonction du degré d'importance accordé à notre problématique lors des différentes sessions des Chambres fédérales.

Période II

Cette période couvre les sessions des Chambres fédérales du 21.06.2006 au 13.06.2008 (chiffre 05.025) avec le Message du Conseil fédéral du 16.02.2005. Durant cette période, les deux chambres ont travaillé sur le projet de révision législative de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) ainsi que de la Loi Fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (AVS/AI, RS 831.10) et la loi fédérale sur les prestations complémentaires (LPC, RS 831.30) avec comme axe central la révision de la loi sur le « nouveau régime de financement des soins ». L'adoption du texte de loi modifié a eu lieu en juin de l'année 2008, ce qui nous a amené à élargir sensiblement le corpus étudié en regard du projet initialement limité à l'année 2007.

Période I

Elle couvre les sessions des Chambres fédérales du 21.09.2004 au 8.10.2004 (chiffre 04.031) avec le message du Conseil fédéral du 26.05.2004 portant sur la stratégie globale de la réforme de la LAMal. Dans cette étape du travail, les Chambres fédérales reprennent le chantier des révisions de la LAMal suite à l'échec de la révision globale survenu en décembre 2003.

Période 0

Cette période couvre les sessions des Chambres fédérales de 1998 à décembre 2003, date de l'échec au Parlement de la 2^{ème} révision de la LAMal. Durant cette période, plusieurs propositions ont émaillé les travaux des Chambres fédérales. Dans notre étude, nous ne retenons que les principales, soit :

- Initiative parlementaire Rychen 97.402 « Mesures temporaires contre l'augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie » déposée par Albrecht Rychen le 06.03.1997.
- Motion Joder 00.3521 « Revalorisation des soins infirmiers » déposée par Rudolph Joder au Conseil national le 3.12.2001.
- Motion Raggenbass 02.3611 « Financement des soins de longue durée » déposée par Hansruedi Raggenbass le 04.10.2002.

Le découpage en trois périodes permet de travailler de manière différenciée sur le corpus retenu pour la recherche (voir Tableau 1 ci-dessous).

La **Période II**, exclusivement centrée sur les soins, est celle sur laquelle notre attention dans le cadre de l'analyse est la plus approfondie. Notre analyse de cette période porte à la fois sur le contenu des débats par une analyse thématique et sur la forme des textes elle-même via l'analyse lexicale. A partir de ce matériel, nous mettons en évidence ce que nous avons appelé le « script des décisions », troisième niveau d'analyse, sorte de canevas reconstruisant à posteriori le cheminement des propositions et contre-propositions, ceci jusqu'à l'adoption du texte de loi final.

L'analyse menée sur la **Période I** est moins exhaustive sur le plan des thèmes abordés, dans la mesure où les débats portent sur la stratégie globale de révision de la LAMal et sur l'ensemble des divers objets relatifs à cette révision (carte d'assuré, liberté de contracter, financement hospitalier, etc.). Les travaux des Chambres lors de cette Période ont pour but de déterminer la manière d'entamer le travail de révision de la LAMal. Ici, nous menons un travail d'analyse sur le plan des lexiques afin d'explorer l'usage de la notion de « soins » dans un cadre plus large que celui de la Période II ; nous complétons cet examen par une analyse thématique portant sur certains passages des débats sélectionnés en regard de notre problématique. Parmi les travaux retenus dans cette période pour l'analyse thématique, nous centrons notre regard sur les passages relatifs au financement des soins.

De la **Période 0**, celle qui est la plus éloignée du présent, nous conservons essentiellement les éléments factuels, ce qui nous permet de dessiner un script des décisions ou propositions – moins précis toutefois que pour les deux périodes précédentes.

	Analyse thématique	Analyse lexicale	Scripts des décisions
Période II 2006 - 2008	X	X	X
Période I 2004		X	X
Période 0 1998 - 2003			X

Tableau 1 – Périodes des débats et type d'analyse

Nous avons également entrepris un travail de recension des parlementaires qui interviennent sur la question du financement des soins et des réformes de l'assurance-maladie durant les Périodes II et I. Les profils socio-démographiques et politiques de ces 52 parlementaires, ainsi que leurs liens avec des groupes de pressions ont été recensés et complètent le corpus évoqué ci-dessus.

Enfin, nous avons mené des entretiens semi-dirigés auprès d'acteurs et actrices internes et externes au Parlement et identifié-e-s comme centraux dans le cadre de notre analyse du processus de révision législative. Le fruit de ces rencontres enrichit notre corpus.

4.2.3 Analyses entreprises

Les approches analytiques retenues ici nous permettent d'effectuer ce que Paillé et Mucchielli (2004) appellent « *un travail de transposition* » au cours duquel les discours, les phrases et les mots prononcés sont décortiqués afin d'aboutir à un réarrangement conceptuel leur apportant un sens non apparent de prime abord.

Dans l'analyse thématique effectuée, nous mettons en évidence les thèmes nous apparaissant centraux dans les textes des débats, ainsi que l'articulation de ceux-ci au sein des discours des parlementaires. Le logiciel d'analyse lexicale Sphinx® permet de repérer les thèmes récurrents et de les associer aux parlementaires ou groupes qui les ont émis (dans le cadre de cet outil informatique, on parle à ce propos d'analyse de contenu).

Dans l'analyse lexicale, nous dépassons le niveau des thèmes pour nous intéresser aux phrases et aux mots prononcés par les parlementaires. Ce travail d'analyse nous permet de mettre en évidence la fréquence de l'usage de certains mots, de mettre en évidence l'environnement lexical auquel ces mots sont associés. A l'aide du logiciel d'analyse lexicale Sphinx®, nous sommes en mesure de mettre les éléments repérés en regard des profils de parlementaires, ou des groupes qui les ont émis (déterminés selon leur appartenance politique, leur âge, leur affiliation à un/des groupes de pression, etc.).

Les scripts des décisions présentent un troisième niveau d'analyse duquel ressort la progression des débats. Ce niveau d'analyse permet de mettre en évidence les moments-clés des réformes législatives considérées ici.

Analyse des profils de parlementaires

Dans le but de croiser les éléments de l'analyse lexicale des débats des Chambres fédérales de notre corpus avec les profils des parlementaires qui en sont à l'origine, nous avons retenu une série de variables socio-démographiques et politiques. Cet ensemble de variables a été sélectionné de manière itérative lors de la construction de notre problématique, à la lecture des transcriptions des débats et des profils des parlementaires fournis par la Chancellerie fédérale.

Les variables retenues sont les suivantes :

Variable	Modalités
1. Sexe :	Homme / Femme
2. Âge :	25-40 / 41-55 / 56-70 / 71-85
3. Groupe politique :	Extrême gauche / Verts / Socialistes / Démocrates-chrétiens / Radicaux-Libéraux / UDC / Autres
4. Canton :	Les 26 cantons suisses
5. Appartenance linguistique :	francophone / alémanique / italoophone
6. Fonction actuelle (2008) :	Conseil national / Conseil des Etats / Conseil fédéral / a changé de fonction
7. Fonction précédente :	Conseil national / Conseil des Etats
8. Date d'entrée de la fonction précédente :	2007-2011 / 2003-2007 / 1999-2003 / 1995-1999 / 1991-1995 / 1987-1991 / 1983-1987
9. Date d'entrée de la fonction actuelle :	2007-2011 / 2003-2007 / 1999-2003 / 1995-1999 / 1991-1995 / 1987-1991 / 1983-1987

10. 2007-2011 (48 ^{ème} légis.) : composition de la CSSS :	Rapporteur / Membre / Non membre
11. 2003-2007 (47 ^{ème} légis.) : composition de la CSSS :	Rapporteur / Membre / Non membre
12. 1999-2003 (46 ^{ème} légis.) : composition de la CSSS :	Rapporteur / Membre / Non membre
13. 1995-1999 (45 ^{ème} légis.) : composition de la CSSS :	Rapporteur / Membre / Non membre
14. Niveau de formation :	Ecole obligatoire / Secondaire II (maturité professionnelle/gymnasiale/ECG/formation professionnelle) / Supérieure I (Haute Ecole-Université-Formation professionnelle supérieure) / Supérieure II (post-grades-doctorat) / Inconnu
15. Statut professionnel :	Indépendant-e/ Employé-e public / Cadre public / Employé-e privé / Cadre privé / Retraité-e / Sans activité lucrative / Inconnu
16. Domaine d'activité :	Primaire (agriculture) / Secondaire (industrie-construction) / Tertiaire (services)
17. Tertiaire - détail des activités :	Santé / Service public (sauf santé) / Economie-finance / Juridique / Religieux / Médias / Tourisme
18. Santé - détail des activités :	Bénéficiaires / Prestataires / Administration / Assureurs / Industrie médicale
19. Service public - détail des activités :	Administration / Social / Education-formation
20. Groupes d'intérêts des parlementaires :	Agriculture / Industrie-construction-défense-énergie / Santé-bénéficiaires / Santé-prestataires / Santé-administration / Santé-assureurs / Santé-industrie médicale / Administration / Social / Education-formation / Economie-finance-assurances non sociales / Juridique / Religieux / Médias / Tourisme / Culture-sport / Environnement / Autres / Pas de groupes d'intérêt
21. à 38. Nombre de groupe d'intérêt dans chaque catégorie :	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8

Tableau 2 – Liste des variables parlementaires

Usage du logiciel d'analyse lexicale Sphinx® sur les données :

L'analyse lexicale du corpus à l'aide du logiciel d'analyse lexicale Sphinx® permet d'effectuer un certain nombre d'analyses que nous énumérons ici :

1. Elaboration d'un profil des parlementaires intervenant dans le corpus de l'étude :

Analyses à plat : le logiciel d'analyses lexicales Sphinx® nous permet d'élaborer des statistiques descriptives sur les profils des parlementaires intervenant dans les débats selon les variables énumérées dans le tableau 3 ci-dessus. Il permet également de mettre en évidence les caractéristiques de certaines strates (ou groupes) de parlementaires.

Analyses bi-variées : dans un deuxième niveau d'analyse, nous croisons un certain nombre de variables en fonction de notre problématique (sexe, appartenance politique, groupes d'intérêts, etc.).

Analyses multi-variées : dans un troisième niveau d'analyse, nous mettons en évidence à l'aide d'une « analyse des correspondances multiples » les liens entre les variables qualitatives décrivant les profils des parlementaires.

2. Analyses lexicales des textes :

L'analyse lexicale des débats permet de mettre en œuvre un certain nombre d'analyses sur les textes. Ces analyses sont simples, bi-variées ou multi-variées en fonction des variables considérées. Notons que, dans la mesure où les textes se présentent dans leur langue originale, soit principalement l'allemand et le français, nous avons dû les préparer avant de les introduire dans le logiciel d'analyse – (cf. point suivant) :

- Mesure des occurrences des termes utilisés : mesure des principaux termes utilisés qui permet de voir la fréquence avec laquelle reviennent certains mots.
- Lexique relatif : mettre en évidence les mots (+/- 2 mots) situés autour d'un mot choisi.
- Bilan par contexte : analyse de « la qualité » des interventions en fonction d'une variable choisie (p. ex. sexe, groupe, etc.), mesure la longueur moyenne des interventions par rapport à cette variable et évalue la « richesse » du vocabulaire, sa diversité, le pourcentage des interventions en regard du corpus, le mot le plus fréquent.
- Tableau lexical croisé : calcul de la fréquence d'apparition des mots en fonction d'une variable choisie (p. ex. sexe).
- Liste des mots spécifiques : calcul de la fréquence des mots en fonction d'une variable (p. ex. appartenance linguistique).
- Analyse factorielle des correspondances entre des termes jugés comme pertinents et des variables d'analyse du corpus (Sexe, Appartenance linguistique, etc.).

3. Préparation des textes

Le corpus sur lequel nous avons travaillé, soit la retranscription intégrale des débats parlementaires, est disponible en ligne sur le site du Parlement fédéral. Mis à part les opérations techniques visant à mettre en forme les textes afin de les insérer dans le logiciel d'analyse lexicale Sphinx® (voir le « Protocole de préparation des textes » en annexe), nous avons dû procéder à un certain nombre d'adaptations en raison de la présence simultanée d'interventions en allemand et en français.

- Regroupement des termes allemands et français identiques, par exemple, le mot 'Pflege' est associé au mot 'soins' donc, suite à ce regroupement considéré comme identique par le logiciel d'analyse.
- En raison de nombreux termes alémaniques formés de mots composés, nous avons dû « composer » des termes identiques en français afin de les traiter simultanément dans le cadre des analyses opérées par le logiciel. Par exemple 'Pfelgefinanzierung' et 'financement_des_soins' ont été associés de la même manière qu'évoqué précédemment.
- Une fois les textes préparés et insérés dans le logiciel d'analyse, celui-ci mesure tous les mots, y compris les mots outils (le, la, et der, die, und, etc.). Ces mots ont été retirés de la base de calcul du logiciel afin de ne plus retenir que le vocabulaire nous apparaissant pertinent. Notons qu'une fonction classique des logiciels d'analyse lexicale, la lemmatisation, consiste à transformer tous les mots d'un texte dans leur mot racine (par exemple transformer 'mangeons' en 'manger', 'bleues' en 'bleu') n'a pas pu être mise en œuvre ici en raison de la présence conjointe des deux langues.

Elaboration des scripts des décisions

La lecture des textes des débats au Parlement nous a permis de reconstituer les scripts des décisions et étapes du processus parlementaires à propos du financement des soins pour les périodes II et I. Nous avons également brossé les éléments essentiels de la Période 0.

Analyse thématique

Dans le cadre de l'analyse thématique (appelée « analyse de contenu » par le logiciel Sphinx®) nous avons procédé de manière itérative en élaborant un certain nombre de thèmes pertinents au fur et à mesure que nous avançons dans la lecture des textes des débats.

Les thèmes retenus sont les suivants :

Variable	Modalités
1. Référentiel : valeurs / référentiel du discours	Expériences propres ; Données chiffrées ; Idéologie.
2. Détail idéologie : quelle idéologie est mise à contribution pour argumenter en faveur de sa position dans le débat ?	Solidarité ; Valeurs bourgeoises ; Responsabilité.
3. Définition des soins : comment les intervenants parlent-ils des soins ?	Intérêts des acteurs ; Nature des soins ; Charge financière.
4. Détail - intérêt des acteurs : les soins sont définis en premier lieu par rapport aux intérêts d'acteurs spécifiques ou aux coûts pour les acteurs, lesquels ?	Assureurs ; Patients ; Etat ; Prestataires.

5. Détail - nature des soins : les soins sont définis selon leur...	... Caract. professionnel ; Caract. non-professionnel ; Conception ; Exécution ; Emotions ; Qualité.
6. Métaphore : les intervenants emploient des images qui évoquent le rapport /la représentation qu'ils ont des soins.	

Tableau 3 – Liste des variables de l'analyse de contenu

Cette analyse thématique à l'aide du logiciel Sphinx® permet de mettre en évidence l'importance accordée à l'un ou l'autre des thèmes retenus et de rattacher ceux-ci aux personnes, groupes les ayant émis. Chaque intervention peut recevoir un ou plusieurs qualificatifs (ou thèmes). Le thème lui est attribué en entier, ce qui peut poser problème dans l'interprétation lorsque plusieurs aspects contradictoires se trouvent dans une même intervention.

Analyse des discours

Suite au premier volet d'analyse, il nous a semblé intéressant d'analyser plus particulièrement les discours de deux types d'acteurs et actrices très présent-e-s dans notre corpus : le discours des femmes, qui est apparu sur le plan de des analyses lexicale et thématique comme sensiblement différent de celui des hommes, et le discours du Conseiller fédéral Pascal Couchepin, omniprésent dans le corpus.

Sociogramme

Ces analyses nous permettent au terme de la première partie de la recherche de proposer un sociogramme, sorte de présentation des différents acteurs et actrices, groupes et organisations en interaction autour du projet de révision de la LAMal sur la thématique du financement des soins.

4.2.4 Entretiens auprès d'acteurs clés et d'actrices clés

Dans la deuxième partie de la recherche, nous avons mené un certain nombre d'entretiens semi-directifs auprès d'acteurs et d'actrices clés du processus de révision de la LAMal. Il s'agit ici de dépasser les positionnements officiels des acteurs et actrices impliqué-e-s.

L'intention de cette phase de la recherche est double :

- Chercher à éclairer les aspects de négociation et la construction de compromis ayant mené à l'adoption de certains principes, durant l'élaboration de la LAMal. Situer les positionnements mis en évidence lors de l'analyse des débats en regard des principes adoptés au moment de l'entrée en vigueur de la loi, éléments n'apparaissant pas dans les positionnements officiels.
- Confirmer / infirmer et éclairer les hypothèses relative à la période de mise en œuvre de la LAMal, hypothèses ayant émergé dans la première partie de cette recherche.

Ce recueil d'informations au travers d'entretiens semi-dirigés de personnes identifiées comme acteurs-trices-clé dans le processus d'élaboration de la LAMal a donc été conduit par les auteur-e-s. Initialement, nous avons imaginé limiter les rencontres 3 à 5 personnes. Il nous a toutefois semblé important de recueillir les avis d'un nombre plus important d'acteurs et d'actrices en raison d'une certaine

multiplicité des positionnements. La liste des 10 personnes rencontrées figure en annexe de ce rapport.

Les intentions du questionnaire que nous avons relayé auprès des personnes rencontrées sont les suivantes⁵ :

- Recueillir l'avis de l'interlocuteur-trice sur le processus général d'élaboration de la loi.
- Recueillir l'avis de la personne sur les personnes ou organismes qui ont eu une influence sur la révision de la loi.
- Connaître la manière par laquelle la personne a pu faire valoir ses positions et celles de son organisation. Les succès et échecs des démarches entreprises.
- Recueillir l'avis de la personne sur le type de débat (selon des lignes idéologiques classiques ou non), sur le positionnement des parlementaires, sur les types d'argumentations en présence.
- Recueillir l'avis de la personne sur les enjeux restant en suspens par rapport à la mise en œuvre de la loi.

Ces entretiens se sont déroulés entre les mois de janvier et avril 2009. Les personnes ont été contactées par courrier en décembre 2008 (cf. annexe). Une information sur les buts généraux de la recherche leur a été fournie, ainsi que sur les modalités de déroulement des entretiens. Les entretiens ont été menés par les membres de l'équipe de recherche.

Chaque entretien s'est déroulé sur la base d'une grille d'entretiens qui se trouve en annexe. Les entretiens ont duré de quarante-cinq minutes à deux heures. Un entretien a eu lieu par téléphone. Lors des rencontres, l'enquêteur-trices a pris des notes, reconstitué l'entretien après coup et envoyé le procès-verbal de la rencontre à la personne afin de lui permettre d'amender, corriger, voire développer les éléments figurant dans le texte. La personne a notamment à ce moment la possibilité de demander à ce que des parties spécifiques de l'entretien ne soient pas mentionnées dans la recherche (cette clause de confidentialité reste valable tout au long de la recherche). A ce titre, nous garantissons la confidentialité des éléments recueillis, même si les interlocuteurs-trices sont identifiés nommément.

Les résultats des entretiens sont présentés sous forme d'un tableau récapitulatif en annexe et les éléments significatifs recueillis sont insérés à l'analyse thématique menée dans la deuxième partie de ce rapport (Partie 6 Aspects thématiques).

Les personnes rencontrées sont pour la plupart des personnes connues. Toutes et tous ont accepté de voir leur nom figurer dans les résultats de la recherche. Nous les remercions ici pour leur disponibilité et pour l'intérêt que chacune et chacun a accordé à notre travail.

⁵ Le canevas des entretiens figure en annexe, de même que le courrier adressé aux personnes sollicitées pour un entretien.

5. Premier niveau de structuration du matériel

Dans cette partie structurée en cinq sous-chapitres, nous retraçons les éléments directement issus du premier niveau d'analyse du corpus. Nous présentons les acteurs et les actrices qui interviennent dans le processus de révision législative dans le chapitre intitulé « Le casting ». Ces éléments posés, nous présentons dans le chapitre suivant le « Déroulement des débats »⁶. Nous proposons ensuite une première exploitation du corpus sous forme des résultats issus de l'analyse lexicale, de l'analyse de l'environnement des mots et de l'analyse thématique dans le chapitre intitulé le « Matériel issu des travaux au Plénum ». Un quatrième chapitre complète cette partie. Avec l'« Analyse des discours » nous analysons le discours des femmes parlementaires et le discours du Conseiller fédéral Pascal Couchepin. Le dernier chapitre, le « Sociogramme » se veut une synthèse des rapports entre acteurs, groupes et organisations en interaction lors du processus de révision législative.

5.1 Le casting

Dans ce chapitre, nous présentons le profil des parlementaires intervenant sur la thématique de la révision de la LAMal entre 2004 et 2008. Nous commençons par énoncer les variables retenues qui se sont avérées pertinentes. Dans un deuxième volet, nous présentons une analyse croisée de certaines variables afin de faire ressortir des figures significatives du Parlement.

5.1.1 Description de la population selon les variables sociodémographiques

Le corpus est composé d'interventions (302) faites par 53 parlementaires – ou intervenant-e-s – des deux chambres qui s'expriment sur le financement des soins dans le cadre de la révision de la LAMal.

Les interventions relevant du protocole de déroulement des sessions parlementaires (77) sont exclues du corpus. Les interventions du Conseiller fédéral Pascal Couchepin sont traitées avec précaution. En effet, ces interventions (44, soit 20.1% du corpus) ont un autre statut que celles des parlementaires des deux chambres puisqu'elles visent à dispenser les recommandations collégiales du Conseil fédéral. Toutefois, le Conseiller fédéral influence sans doute le cours du débat. Ses interventions sont fréquentes, car il se doit de relayer la position du gouvernement pour chaque article débattu et soumis au vote, mais elles sont aussi particulièrement longues (526.45 mots) en comparaison de la longueur moyennes des interventions du corpus (303.83 mots). Nous excluons ou incluons ces interventions des statistiques réalisées au cas par cas, en fonction du but de l'analyse.

Sur les 53 parlementaires qui se sont exprimés à propos de notre objet, à ce jour neuf se sont retirés ou sont décédés. Nous considérons leurs caractéristiques sociodémographiques au temps de leur élection, grâce aux archives du service du Parlement.

Sexe :

Sur ces 53 députés, 17 sont des femmes (32.1%) et 36 sont des hommes (67.9%).

⁶ Intitulé « scripts » dans le projet de recherche.

En comparaison avec la composition totale du Parlement – 25.6% de femmes (Office fédéral des statistiques) – notre population présente donc une concentration plus élevée de femmes. Nous constatons que les femmes sont relativement bien représentées dans le débat sur le financement des soins. Nous pouvons postuler que cette présence marquée signifie un engagement politique particulier à l'égard des soins. Ces propos doivent bien entendus être corroborés par d'autres observations.

Sexe		
	Nb	% cit.
F	17	32,1%
M	36	67,9%
Total	53	100,0%

Tableau 4 – Profils des parlementaires selon le sexe

Les femmes – moins nombreuses – s'expriment relativement plus que les hommes, avec 40.1% d'interventions. Alors que les hommes font en moyenne cinq interventions chacun, les femmes interviennent en moyenne sept fois chacune. Si nous ignorons les interventions du Conseiller Fédéral Couchepin, la moyenne d'intervention des hommes tombe à quatre.

Sexe		
	Nb	% cit.
F	121	40,1%
M	181	59,9%
Total	302	100,0%

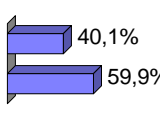


Tableau 5 – Interventions des parlementaires selon le sexe

Âge :

La plupart des parlementaires ont entre 56 et 70 ans (66%), le reste de la population se concentre dans la tranche d'âge inférieure (32.1% entre 41 et 55 ans). Seul un député du corpus a moins de 40 ans.

Si l'on met ces chiffres en perspective avec les tranches d'âge de la totalité des parlementaires en 2000 (Mach et Pilatti, 2007), nous constatons une différence. Malheureusement, cette différence est difficilement exploitable car la découpe des tranches d'âge n'est pas basée sur le même principe que celui que nous avons adopté pour cette recherche. Quoiqu'il en soit, en 2000, environ 80% des membres du Parlement avaient entre 40 et 59 ans. Notre corpus compte seulement 32% de parlementaires qui ont entre 40 et 55 ans. Il semblerait donc que notre population soit globalement plus âgée que la moyenne du Parlement dans son entier, mais nous ne pouvons confirmer cette supposition.

Tranche d'âge		
	Nb	% cit.
25-40	1	1,9%
41-55	17	32,1%
56-70	35	66,0%
71-85	0	0,0%
Total	53	100,0%

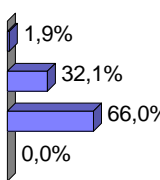


Tableau 6 – Profils des parlementaires par classe d'âge

Si l'on observe le nombre d'interventions en fonction de la tranche d'âge, on constate qu'il est proportionnel au nombre de parlementaires de ces tranches d'âge. La tendance à la monopolisation de la parole par les parlementaires âgés n'est donc pas renversée, comme c'est le cas par exemple pour les femmes, qui bien qu'étant minoritaires, interviennent relativement plus que les hommes.

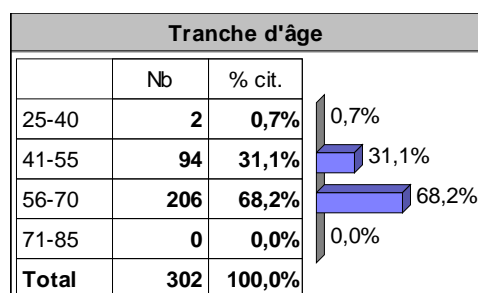


Tableau 7 – Interventions des parlementaires selon l'âge

Groupe politique :

La répartition entre les grands groupes politiques est presque égale, avec une petite majorité de Démocrates-Chrétiens (14), suivis par les Socialistes (12), puis à égalité par les Radicaux-Libéraux et l'UDC, avec 11 représentants chacun. Il y a trois Verts et une membre de « à gauche toute ! » (Extrême gauche).

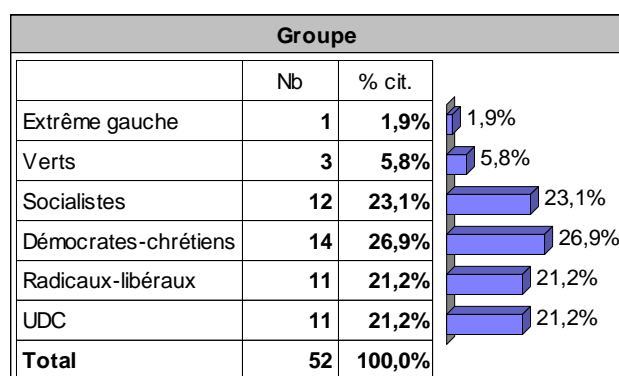


Tableau 8 – Profils des parlementaires selon le groupe politique

Si nous rassemblons les groupes politiques qui partagent les mêmes orientations générales en trois blocs (gauche, centre et droite), on observe une plus forte présence de parlementaires du bloc de droite avec 43.4% (Radicaux-Libéraux et Union Démocratique du Centre), vient ensuite le bloc de gauche avec 30.2% (Socialistes, Verts et Extrême gauche), puis le centre (les Démocrates-Chrétiens, avec 26.4%). Nous pouvons donc postuler que le positionnement de ces derniers peut être décisif pour influencer le débat soit en confirmant la supériorité du bloc droite, soit en se ralliant aux positions du bloc gauche. Bien entendu, ces chiffres concernent les parlementaires qui interviennent sur le sujet et non les parlementaires votants.

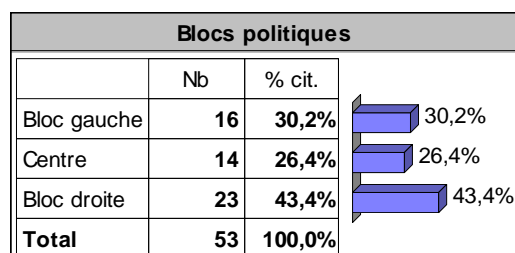


Tableau 9 – Profils des parlementaires selon l'orientation politique

Quel groupe politique intervient le plus sur le sujet du financement des soins ? On observe que sur la totalité des interventions faites sur le financement des soins, ce sont les Radicaux-Libéraux qui prennent le plus la parole (39.7%), bien qu'ils soient représentés par un nombre égal de parlementaires.

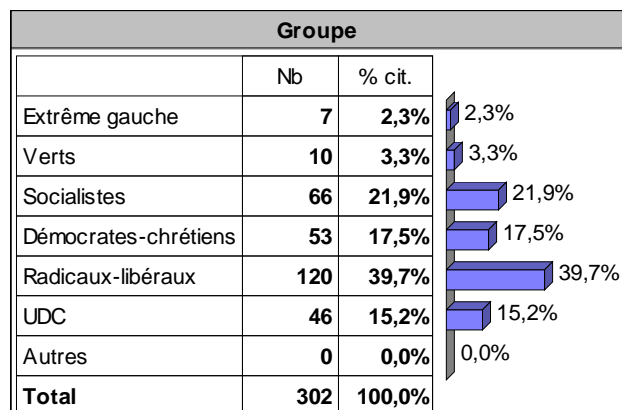


Tableau 10 – Interventions des parlementaires selon l'orientation politique

En excluant les interventions du Conseiller fédéral Pascal Couchepin, membre du parti Radical-Libéral, le parti reste majoritairement présent dans les débats (29.5%), bien que ce ne soit pas le parti qui totalise le plus de représentant-e-s.

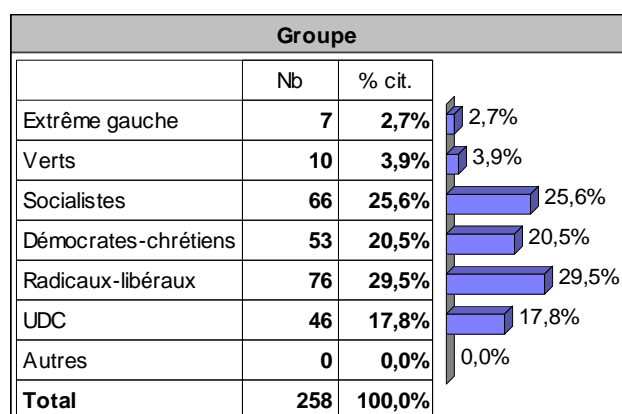


Tableau 11 – Interventions des parlementaires selon le groupe politique et hors Conseil fédéral

De manière générale, le bloc de droite a une forte présence, puisque 55% des interventions proviennent d'un de ses représentant-e-s.

Groupe		
	Nb	% cit.
Bloc gauche	83	27%
Centre	53	18%
Bloc droite	166	55%
Total	302	100%

Tableau 12 – Interventions des parlementaires selon l'orientation politique regroupée

Canton :

Presque tous les cantons sont représentés, sauf le Jura, Bâle-Campagne, Lucerne, Nidwald, Obwald et Schaffhouse. Les parlementaires zurichoïses (8) et vaudoïses (7) sont les plus présent-e-s.

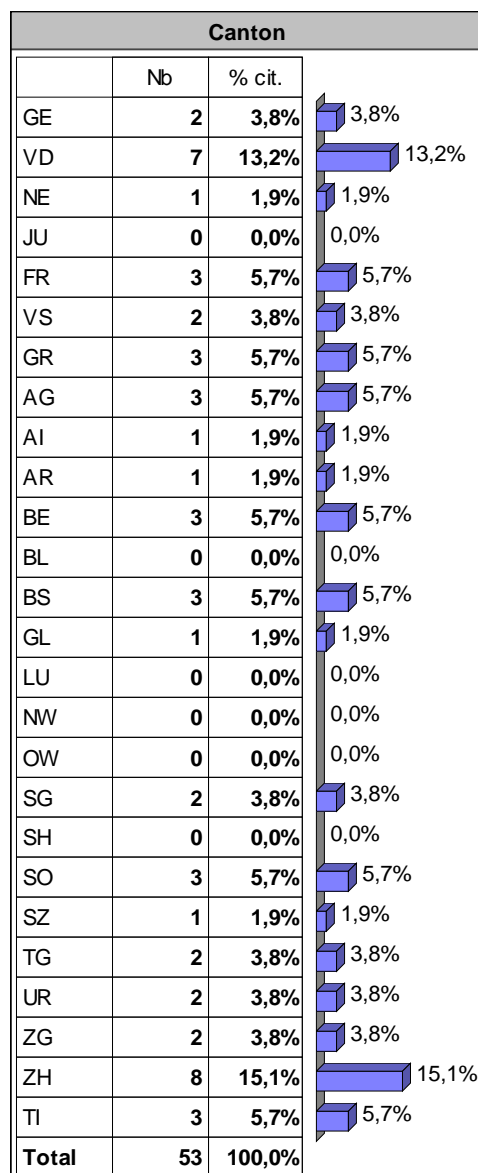


Tableau 13 – Profils des parlementaires selon le canton

En considérant le graphique présentant les interventions des parlementaires selon le canton (tableau 13), nous constatons que les vaudoïses sont ceux qui interviennent le plus souvent sur notre objet (15.1% des interventions), suivis par les zurichoïses, puis par les saint-galloïses et les bernoïses.

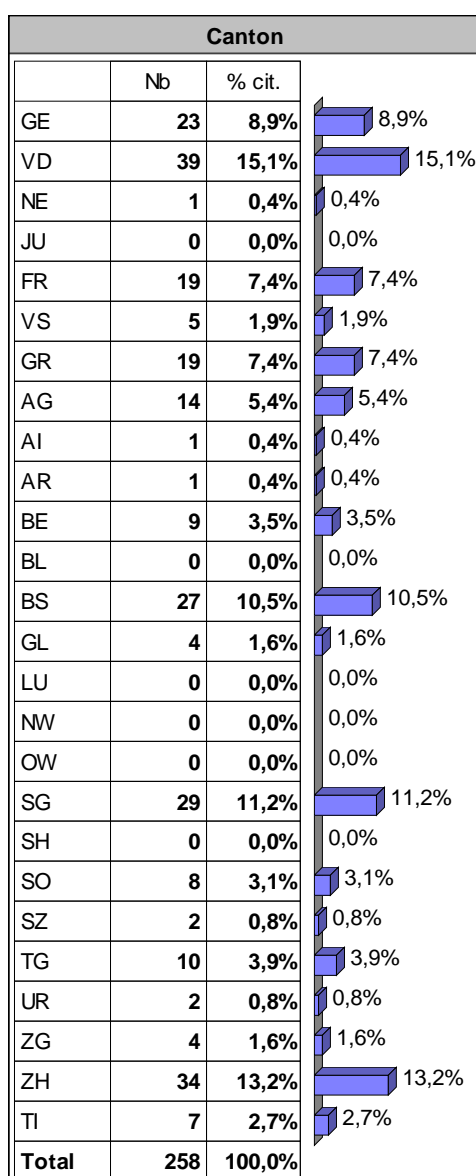


Tableau 14 – Interventions des parlementaires selon le canton et hors Conseil fédéral

Au total, la Suisse alémanique a le plus de forces en présence (69.8%), alors que la Suisse romande (24.5%) et la Suisse italienne (5.7%) sont logiquement nettement moins représentées.

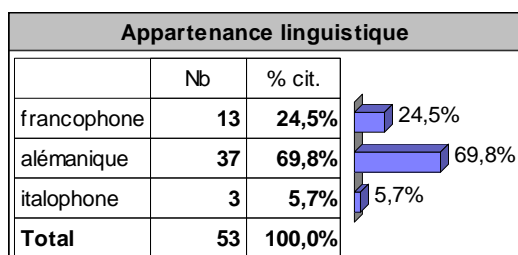


Tableau 15 – Profils des parlementaires intervenants selon l'appartenance linguistique

Par conséquent, le nombre d'interventions des suisse-alémaniques est lui aussi plus important (59.6%) que celui des romands (38.1%) et des italophones (2.3%), mais l'écart se voit diminué de moitié entre les alémaniques et les romands (par rapport à

leur nombre). Nous supposons donc que les romands, tentent de contrer leur faible représentation en intervenant proportionnellement davantage. On compte en moyenne neuf interventions par romande, cinq par alémanique et deux par italophone. Si l'on ignore les interventions du Conseiller fédéral Pascal Couchepin, qui est romand, cela fait passer la moyenne des interventions romandes à seulement 6. La prise de parole accrue des romands dans le cadre de débats sur le financement des soins, est bien réelle, mais à relativiser.

Appartenance linguistique		
	Nb	% cit.
francophone	115	38,1%
alémanique	180	59,6%
italophone	7	2,3%
Total	302	100,0%

Tableau 16 – Interventions des parlementaires selon l'appartenance linguistique

Fonction :

Nous constatons que la grande majorité des intervenant·e·s (81%) sur notre objet est entrée au Parlement il y a onze ans au moins (tableau 14). Ils ont donc pour la plupart suivi de près ou de loin les débats qui ont tourné autour de la révision de la LAMal, dès 1998 (selon le fait qu'ils aient été membres ou non de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique – CSSS). Les acteurs·trices politiques qui interviennent sur notre objet ont donc en principe une vision globale de la problématique du financement des soins, en lien avec les autres enjeux de la révision de cette loi.

Entrée au Parlement		
	Nb	% obs
2007-2011	1	1.9%
2003-2007	9	17.0%
1999-2003	17	32.1%
1995-1999	12	22.6%
1991-1995	7	13.2%
1987-1991	4	7.5%
1983-1987	3	5.7%
TOTAL	53	100%

Tableau 17 – Profils des parlementaires selon la législature d'entrée au Parlement

Chambre :

Notre corpus est constitué d'interventions faites par 29 Conseillers nationaux et par 23 Conseil aux Etats. Proportionnellement à la taille des deux chambres, davantage de membres du Conseil des Etats (23 parlementaires sur 46, soit 50%) s'expriment

sur notre objet que de membres du Conseil national (29 parlementaires sur 200, soit 14.5%).

Quel est le fonctionnement législatif des chambres en général ? Cette multitude d'acteurs politiques au sein du Conseil des Etats est-elle le fait de davantage de discorde entre les membres des groupes ou d'une stratégie de persuasion de certains acteurs ? Du côté du Conseil national, la concentration des interventions entre quelques parlementaires clés signifie-t-elle que les partisans et/ou les détracteurs sont davantage organisés ? Ces éléments doivent faire l'objet d'une analyse plus fine dans la suite de l'étude. La composition politique des deux chambres pourra d'ores et déjà donner des clés d'interprétation.

fonction actuelle/exercée en dernier		
	Nb	% cit.
CN	29	55,8%
CE	23	44,2%
Total	52	100,0%

Tableau 18 – Profils des parlementaires selon la fonction occupée en dernier

Le nombre d'interventions effectuées dans les deux chambres confirme l'hypothèse évoquée ci-dessus, d'une propension légèrement plus forte à débattre au Conseil des Etats (53.5% des interventions totales sont faites au sein de cette chambre) qu'au Conseil national (46.5%).

fonction actuelle/exercée en dernier		
	Nb	% cit.
CN	120	46,5%
CE	138	53,5%
Total	258	100,0%

Tableau 19 – Interventions des parlementaires selon la fonction occupée en dernier

Formation :

Les détenteurs-trices d'une formation supérieure (I ou II) se montent à 81% des intervenant-e-s – sauf quatre personnes (7.5%) qui ont atteint le niveau de maturité ou effectué une formation professionnelle de base et six personnes dont le niveau de formation n'est pas connu. Nous observons également une très grande proportion de parlementaires détenteurs-trices de diplômes supérieurs, de formations post-grades et de doctorats (43,4%).

Cette proportion de diplômes supérieurs II est largement plus élevée que les données du Parlement dans son entier, où en 2000, seuls 25% des parlementaires étaient détenteurs d'un doctorat (Mach et Pilotti, 2008). Les intervenant-e-s qui s'expriment sur le financement des soins sont-ils mieux formés que la moyenne des parlementaires ?

Plusieurs réserves sont à émettre à ce sujet : notre catégorie « Supérieur II » recouvre les doctorats ainsi que les formations post-grades, ce qui n'est pas le cas pour l'étude susmentionnée, où seule l'obtention du titre de docteur est considérée. De plus, le moment des interventions n'est pas le même : nous considérons les parlementaires en 2008 et l'étude en question se réfère aux parlementaires de 2000.

Formation		
	Nb	% cit.
Ecole obligatoire	0	0,0%
Secondaire II (maturité professionnelle/gymnasiale/ECG/formation professionnelle)	4	7,5%
Supérieure I (Haute Ecole/Université/Formation professionnelle supérieure)	20	37,7%
Supérieure II (post-grades/doctorat)	23	43,4%
Inconnu	6	11,3%
Total	53	100,0%

Tableau 20 – Profils des parlementaires selon le niveau de formation

De manière globale, le volume d'interventions provenant de parlementaires de formation Secondaire II suit le nombre de représentants de ce groupe (quoiqu'ils interviennent proportionnellement un peu plus). Au contraire, les titulaires de formations Supérieure II s'expriment un peu moins.

Formation		
	Nb	% cit.
Ecole obligatoire	0	0,0%
Secondaire II (maturité professionnelle/gymnasiale/ECG/formation professionnelle)	36	11,9%
Supérieure I (Haute Ecole/Université/Formation professionnelle supérieure)	139	46,0%
Supérieure II (post-grades/doctorat)	110	36,4%
Inconnu	17	5,6%
Total	302	100,0%

Tableau 21 – Interventions des parlementaires selon le niveau de formation

Statut :

On observe une nette majorité de parlementaires qui travaillent en tant qu'indépendant-e-s parmi les intervenant-e-s (49.1%), suivis des cadres qui travaillent dans le privé (18.9%) et d'employé-e-s du secteur public (11.3%). Ce constat va dans le sens des constats de Mach et Pilotti : « *La catégorie des indépendants quant à elle reste toujours celle qui, de loin, domine les deux Chambres* » (Mach et Pilotti, 2008).

Statut		
	Nb	% cit.
Indépendant-e	26	49,1%
Employé-e public	6	11,3%
Cadre public	4	7,5%
Employé-e privé	3	5,7%
Cadre privé	10	18,9%
Retraité-e	3	5,7%
Sans activité lucrative	0	0,0%
Inconnu	1	1,9%
Total	53	100,0%

Tableau 22 – Profils des parlementaires selon le statut professionnel

Sans surprise, les indépendant-e-s interviennent majoritairement dans le débat sur le financement des soins (40.1% des interventions), suivis des cadres publics – et non privés – cette fois (20.2%) et des employés publics (13.2%). Au vu de ces résultats, nous pouvons postuler un engagement relativement plus grand des parlementaires fonctionnaires d'Etat que ceux employés dans le privé.

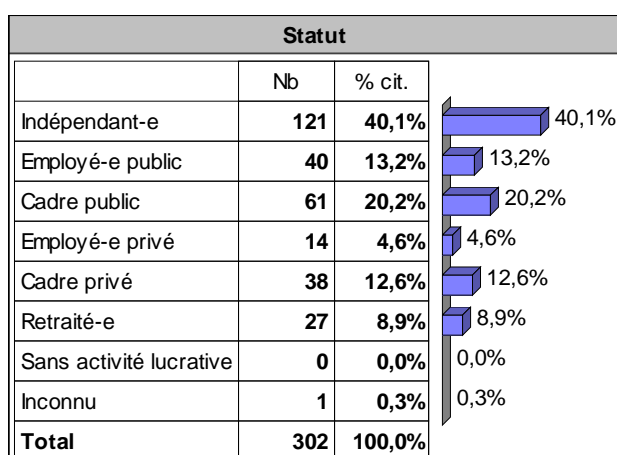


Tableau 23 – Interventions des parlementaires selon le statut professionnel

Domaine d'activité :

La majorité des activités des parlementaires de notre corpus se situe dans le secteur tertiaire (82.7%). 13.5 % des parlementaires travaillent dans l'agriculture et le reste est actif dans le domaine de la construction et de l'industrie.

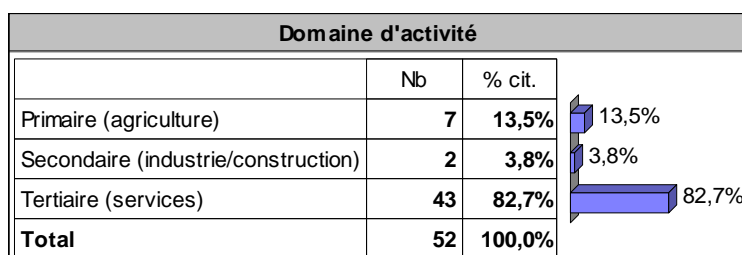


Tableau 24 – Profils des parlementaires selon le secteur d'activité

Si nous regardons plus attentivement le domaine des services, nous observons que les parlementaires sont les plus actifs dans le domaine juridique (23.1%) et dans l'économie et la finance (21.2%). L'agriculture vient en troisième position (avec 13.5%), suivi de six parlementaires qui travaillent dans le domaine de la santé (11.5%), pour des structures de prestataires de services.

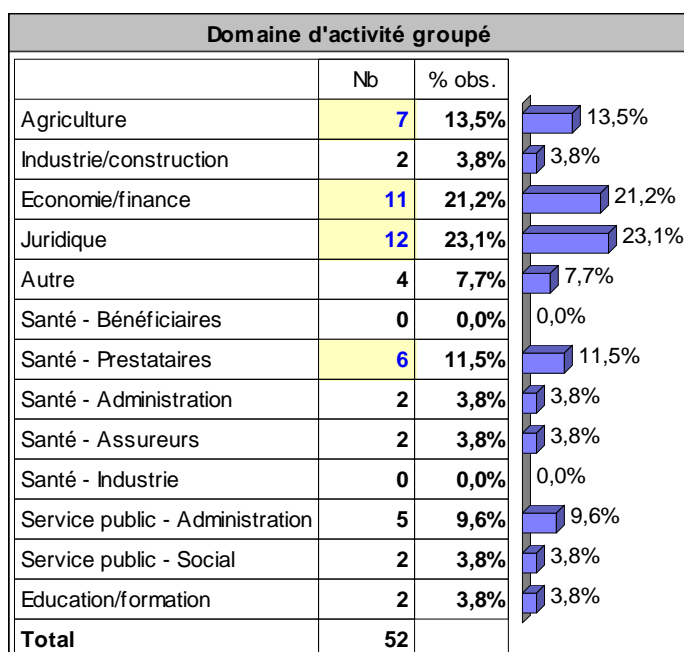


Tableau 25 – Profils des parlementaires selon le secteur d'activité détaillé

Comment interviennent les personnes qui travaillent dans ces différents domaines ? Apparemment, ce sont les quatre mêmes groupes – agriculture, industrie, économie et prestataires de la santé – qui interviennent le plus fréquemment.

Domaine d'activité groupé		
	Nb	% obs.
Agriculture	38	14,7%
Industrie/construction	6	2,3%
Economie/finance	62	24,0%
Juridique	63	24,4%
Autre	14	5,4%
Bénéficiaires	0	0,0%
Santé - Prestataires	26	10,1%
Santé - Administration	9	3,5%
Santé - Assureurs	13	5,0%
Santé - Industrie	0	0,0%
Service public - Administration	19	7,4%
Service public - Social	6	2,3%
Service public- Education/formation	7	2,7%
Total	258	

Tableau 26 – Interventions des parlementaires selon le secteur d'activité détaillé

Parmi les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, et qui sont susceptibles d'avoir un lien particulièrement fort avec ce secteur, nous constatons que ceux qui sont liés aux assurances s'expriment relativement plus sur le sujet (5%), que ceux travaillant dans l'administration (3.5%). A noter également qu'il n'y a pas de parlementaire qui travaille dans le domaine de l'industrie médicale.

Groupes d'intérêt :

Voyons maintenant les autres formes de rapports privilégiés que peuvent entretenir certains parlementaires – notamment avec le domaine de la santé – à travers l'adhésion à des groupes d'intérêts.

Tous les parlementaires sont affiliés à un groupe d'intérêts au moins. La quasi-totalité des intervenants est impliquée simultanément dans plusieurs groupes d'intérêts de différentes sortes, et affiliée à un ou plusieurs groupes de même catégorie. Nous avons un total de 392 affiliations pour 53 intervenant-e-s, ce qui fait une moyenne de 7.4 affiliations par intervenant-e. Ici, nous tenons compte des liens d'intérêts antérieurs à son élection du Conseiller fédéral Pascal Couchepin. Nous partons du postulat que ces liens d'intérêts, bien que n'étant plus actuels, reflètent des affinités qui perdurent dans le temps.

Quels sont les groupes d'intérêts réunissant le plus de parlementaires ? Ces chiffres nous donneront une indication du nombre de liens entretenus avec différents milieux qui nous intéressent particulièrement : économiques, agraires, industriels, de la santé, sociaux. Nous avons vu que ces milieux étaient également les plus représentés parmi les professions exercées en marge ou à côté de l'activité de parlementaire.

Le poids relatif des organismes (capital, statut) et la position d'influence (président ou membre) occupée en leur sein ne sont par contre pas problématisés à ce stade de l'étude.

Si nous considérons la variété des affiliations aux groupes d'intérêts nous constatons que plus de la moitié (56.6%) des parlementaires est liée à l'économie, la finance ou aux assurances (non sociales). Viennent ensuite les groupes d'intérêts liés à l'industrie, la construction, la défense et l'énergie avec 45.3% des parlementaires qui ont au moins une affiliation à ces domaines. Le social est en 3^e position, avec 41.5%.

Groupes d'intérêt		
	Nb	% obs.
Agriculture	11	20,8%
Industrie/construction/défense/énergie	24	45,3%
Santé/bénéficiaires	17	32,1%
Santé/prestataires	15	28,3%
Santé/administration	2	3,8%
Santé/assureurs	11	20,8%
Santé/Industrie	6	11,3%
Administration	2	3,8%
Social	22	41,5%
Education/formation/recherche	20	37,7%
Economie/finance/assurances non sociales	30	56,6%
Juridique	0	0,0%
Religieux	3	5,7%
Médias	6	11,3%
Tourisme	7	13,2%
Culture/sport	18	34,0%
Environnement	7	13,2%
Autres	20	37,7%
Pas de groupe d'intérêt	0	0,0%
Total	53	

Tableau 27 – Profils des parlementaires selon les groupes d'intérêts

Le détail des liens d'intérêts liés à la santé nous indique que 32.1% des intervenants sont au moins membres d'un groupe qui défend les intérêts des bénéficiaires de la santé, 28.3% les intérêts des prestataires de la santé et 20.8% les intérêts des assureurs dans le domaine de la santé. Comparativement, il y a relativement peu de parlementaires qui sont liés à des groupes d'intérêts en faveur de l'industrie médicale (11.3%) et de l'administration sanitaire (3.8%).

Le fait de considérer le nombre d'affiliations à des groupes d'intérêts par parlementaires change-t-il quelque chose aux tendances évoquées ci-dessus ? (tableau 28).

L'économie et la finance représentent toujours le plus gros volume de liens d'intérêts pour tous les parlementaires (16.6%). L'éducation, la formation et la recherche passe de justesse (11.7%) devant l'industrie et la construction (11%). Globalement, les champs dans lesquels les acteurs sont impliqués sont également des champs où les individus multiplient leurs liens.

Si nous observons à nouveau le détail des groupes d'intérêt liés à la santé, nous constatons qu'une fois pondérés, les groupes pour la défense des intérêts des prestataires et des bénéficiaires de la santé représentent le même volume (5.6%) et sont presque à égalité avec les groupes pour la défense des intérêts des assureurs (5.4%). Ceci nous indique donc que les parlementaires qui sont impliqués dans les milieux assurantiers – bien qu'ils soient peu nombreux – le sont plus « intensivement » que les autres.

Nb d'affiliations aux groupes d'intérêt		
	Nb d'affiliations par groupe d'intérêt	% du Nb d'affiliations par groupe d'intérêt
Agriculture	24	6.1%
Industrie/construction/défense/énergie	43	11.0%
Santé/bénéficiaires	22	5.6%
Santé/prestataires	22	5.6%
Santé/administration	2	0.5%
Santé/assureurs	21	5.4%
Santé/Industrie	10	2.6%
Administration	2	0.5%
Social	36	9.2%
Education/formation/recherche	46	11.7%
Economie/finance/assurances non sociales	65	16.6%
Juridique	2	0.5%
Religieux	6	1.5%
Médias	7	1.8%
Tourisme	9	2.3%
Culture/sport	33	8.4%
Environnement	9	2.3%
Autres	33	8.4%
Pas de groupe d'intérêt	0	0
Total	392	100%

Tableau 28 – Profils des parlementaires en fonction du nombre d'affiliations aux groupes d'intérêts

Le volume total de mots par catégorie et la longueur moyenne des interventions des membres de groupes d'intérêts sont deux indicateurs probables du degré d'implication dans le débat à propos du financement des soins. Les membres de groupes d'intérêts en faveur des bénéficiaires de la santé (428.6 mots en moyenne) et des assureurs de la santé (453.3 mots) ont des interventions globalement plus longues que les membres d'autres groupes d'intérêt et que la moyenne du corpus (303.8 mots). Les interventions des membres de groupes de tourisme et divers autres groupes sont également en moyenne plus longs, mais nous ne voyons pas d'explication plausible à ce stade là de la recherche. Une analyse fine des intervenant-e-s permettrait sans doute d'y répondre.

'Texte' x 'Groupes d'intérêt' : Bilan pour chaque modalité																		
	Agriculture	Indus- trie/construction/défense/ énergie	Santé/bénéficiaires	Santé/prestataires	Santé/administration	Santé/assureurs	Santé/Industrie	Administration	Social	Educa- tion/formation/recherche	Environnement/ activités non sociales	Religieux	Médias	Tourisme	Culture/sport	Environnement	Autres	Ensemble
Effectif de la catégorie	70	144	134	88	7	92	34	20	158	90	225	19	27	60	82	53	122	379
Nombre total de mots	19290	55075	57442	30169	2786	41709	8838	7093	62946	28617	78506	6455	9041	29106	29258	18336	50169	115150
Longueur moyenne	275.57	382.47	428.67	342.83	398	453.36	259.94	354.65	398.39	317.97	348.92	339.74	334.85	485.1	356.8	345.96	411.22	303.83

Tableau 29 – Longueur des interventions selon les membres des groupes d'intérêts

5.1.2 Analyse de tableaux croisés

Sexe et fonction actuelle/exercée en dernier :

Bien que la relation soit peu significative (PS dans le tableau 30), nous constatons tout de même que les femmes qui interviennent sur notre objet sont sous-représentées au Conseil national (24.1%), alors qu'elles sont plus nombreuses au Conseil des Etats (43.5%). Pour rappel, en 2007 il n'y avait que 21.7% de femmes sur l'effectif total de Conseillers d'Etats. Les femmes du Conseil des Etats ont-elles un intérêt particulier pour le financement des soins ? Les analyses de contenu et thématique montreront plus loin quel est leur positionnement.

fonction actuelle/exercée en dernier et sexe						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
CN	7	24,1%	22	75,9%	29	100,0%
CE	10	43,5%	13	56,5%	23	100,0%
Total	17	32,7%	35	67,3%	52	100,0%

p = 14,0% ; chi2 = 2,18 ; ddl = 1 (PS)

Tableau 30 – Profils des parlementaires selon le sexe et la chambre

Le tableau 31 ci-dessous confirme l'intérêt marqué des Conseillères d'Etat pour notre objet : elles sont à l'origine de 58% des interventions dans la Chambre Haute. Par contre, elles interviennent peu au sein du Conseil national, en comparaison de leurs homologues masculins. Les éléments apparaissant en souligné sont estimés comme très significatifs (bleu = positif / rose = négatif).

nb d'interventions - fonction actuelle/exercée en dernier et sexe						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
CN	<u>41</u>	34,2%	<u>79</u>	65,8%	120	100,0%
CE	<u>80</u>	58,0%	58	42,0%	138	100,0%
Total	121	46,9%	137	53,1%	258	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 14,60 ; ddl = 1 (TS)

Tableau 31 – Interventions des parlementaires selon le sexe et la chambre

Sexe et groupe politique :

Sur le tiers de femmes qui interviennent sur notre objet, 47.1% sont membre du parti Socialiste. Au sein de ce parti, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes qui interviennent sur le financement des soins. Cette relation est significative. Pour les trois autres grands partis politiques, les femmes sont minoritaires : 3 femmes sur 14 représentants Démocrates-Chrétiens ; 4 femmes sur 11 représentants Radicaux-Libéraux. Autre constat flagrant, il n'y a pas de femmes UDC dans notre corpus (Tableau 32).

Sexe et groupe politique						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Extrême gauche	1	1,9%	0	0,0%	1	1,9%
Verts	1	1,9%	2	3,8%	3	5,8%
Socialistes	8	15,4%	4	7,7%	12	23,1%
Démocrates-chrétiens	3	5,8%	11	21,2%	14	26,9%
Radicaux-libéraux	4	7,7%	7	13,5%	11	21,2%
UDC	0	0,0%	11	21,2%	11	21,2%
Total	17	32,7%	35	67,3%	52	100,0%

p = 1,2% ; chi2 = 14,57 ; ddl = 5 (S)

Tableau 32 – Profils des parlementaires selon le sexe et le groupe politique

En somme, 58.8% des femmes intervenant sont issues du bloc de gauche. Or, ce même bloc, seulement 17.1% des hommes en sont issus. Le bloc centre regroupe seulement 17.6% et le bloc droite seulement 23.5% des femmes.

sexe et blocs politiques						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Bloc gauche	10	58,8%	6	17,1%	16	30,8%
Centre	3	17,6%	11	31,4%	14	26,9%
Bloc droite	4	23,5%	18	51,4%	22	42,3%
Total	17	100,0%	35	100,0%	52	100,0%

p = 0,9% ; chi2 = 9,37 ; ddl = 2 (TS)

Tableau 33 – Profils des parlementaires selon l'orientation politique

Les femmes et les hommes de différents partis politiques s'expriment-ils autant les unes que les autres ?

Les femmes du bloc gauche interviennent nettement plus souvent dans les débats que les hommes de leurs partis (74.7%), voire même que par rapport à l'entier des femmes intervenants dans les débats (51.2%). Les femmes du bloc centre ont à la fois une minorité d'interventions au sein du parti (28.3%) et parmi les femmes (12.4%). Les femmes du bloc droite, bien qu'elles soient largement minoritaires en terme de nombre d'interventions par rapport à leurs homologues masculins (26.5%), sont passablement présentes en comparaison des femmes parlementaires (36.4%).

Nb d'interventions - Sexe et blocs politiques - comparaison blocs						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Bloc gauche	62	74,7%	21	25,3%	83	100,0%
Centre	15	28,3%	38	71,7%	53	100,0%
Bloc droite	44	26,5%	122	73,5%	166	100,0%
Total	121	40,1%	181	59,9%	302	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 57,22 ; ddl = 2 (TS)

Tableau 34 – Interventions selon l'orientation et le sexe (comparaison selon l'orientation)

Nb d'interventions - Sexe et blocs politiques - comparaison H/F						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Bloc gauche	62	51,2%	21	11,6%	83	27,5%
Centre	15	12,4%	38	21,0%	53	17,5%
Bloc droite	44	36,4%	122	67,4%	166	55,0%
Total	121	100,0%	181	100,0%	302	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 57,22 ; ddl = 2 (TS)

Tableau 35 – Interventions selon l'orientation et le sexe (comparaison selon le sexe)

Sexe et appartenance linguistique :

Il n'y a pas de relation significative entre le sexe et l'appartenance linguistique des parlementaires. Notons tout de même que le 58.8% des femmes sont alémaniques.

sexe et appartenance linguistique						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
francophone	6	35,3%	6	17,1%	12	23,1%
alémanique	10	58,8%	27	77,1%	37	71,2%
italophone	1	5,9%	2	5,7%	3	5,8%
Total	17	100,0%	35	100,0%	52	100,0%

p = 33,7% ; chi2 = 2,17 ; ddl = 2 (NS)

Tableau 36 – Profils des parlementaires selon le sexe et l'appartenance linguistique

En termes de fréquence d'interventions, nous constatons d'une part que les femmes interviennent un peu moins que les hommes (écart un peu plus marqué entre homme et femmes en suisse-romande). Sachant que les femmes sont moins nombreuses que les hommes en suisse-alémanique, la proportion d'intervention des femmes suisse-alémaniques (45.6%) confirme le constat d'une intervention accrue de leur part à propos de notre objet.

Nb d'interventions - Sexe et appartenance linguistique - comparaison F/H						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
francophone	36	31,3%	79	68,7%	115	100,0%
alémanique	82	45,6%	98	54,4%	180	100,0%
italophone	3	42,9%	4	57,1%	7	100,0%
Total	121	40,1%	181	59,9%	302	100,0%

p = 5,1% ; chi2 = 5,96 ; ddl = 2 (PS)

Tableau 37 – Interventions des parlementaires selon le sexe et l'appartenance linguistique (comparaison selon le sexe)

En comparant le nombre d'interventions parmi les femmes (121 au total), nous constatons que les femmes alémaniques (67.8%) s'expriment plus que les romandes (29.8%). Certes, elles sont plus nombreuses, mais le nombre moyen d'interventions par femme alémanique (8.2) est tout de même plus élevé que par femme romande (6).

Nb d'interventions - Sexe et appartenance linguistique - comparaison FR/DE						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
francophone	36	29,8%	79	43,6%	115	38,1%
alémanique	82	67,8%	98	54,1%	180	59,6%
italophone	3	2,5%	4	2,2%	7	2,3%
Total	121	100,0%	181	100,0%	302	100,0%

p = 5,1% ; chi2 = 5,96 ; ddl = 2 (PS)

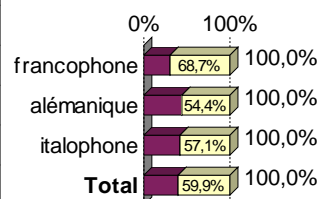


Tableau 38 – Interventions des parlementaires selon le sexe et l'appartenance linguistique (comparaison selon l'appartenance linguistique)

Sexe et domaine d'activité :

Les femmes sont toutes engagées professionnellement dans le secteur tertiaire (74.3% des hommes également).

Sexe et domaine d'activité						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Primaire (agriculture)	0	0,0%	7	20,0%	7	13,5%
Secondaire (industrie/construction)	0	0,0%	2	5,7%	2	3,8%
Tertiaire (services)	17	100,0%	26	74,3%	43	82,7%
Total	17	100,0%	35	100,0%	52	100,0%

p = 7,1% ; chi2 = 5,29 ; ddl = 2 (PS)

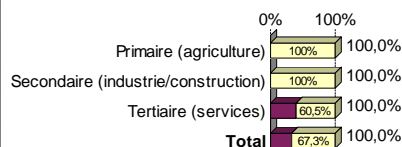


Tableau 39 – Profils des parlementaires selon le sexe et le secteur d'activité

Elles sont beaucoup moins présentes que les hommes dans le domaine de l'économie, de la finance (18.2%) et du droit (16.7%). Elles sont par contre également présentes dans le service public et dans le domaine de la santé (57.1% de femmes).

sexe et activité dans le tertiaire						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Santé	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%
Service public (sauf santé)	5	55,6%	4	44,4%	9	100,0%
Économie/finance	2	18,2%	9	81,8%	11	100,0%
Juridique	2	16,7%	10	83,3%	12	100,0%
Autre	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
Total	17	39,5%	26	60,5%	43	100,0%

p = 1,3% ; chi2 = 12,72 ; ddl = 4 (S)

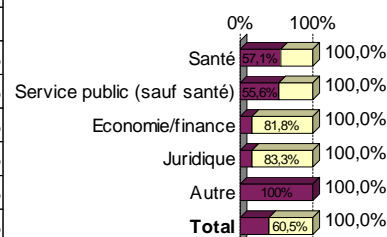


Tableau 40 – Profils des parlementaires selon le sexe et le domaine d'activité tertiaire

Les femmes employées dans la santé interviennent significativement beaucoup (69.8% des interventions de parlementaires qui travaillent dans le domaine de la santé sont des femmes), alors que les hommes au contraire ne le font que très peu (30.2%). Par contre elles ont une très faible présence lorsqu'elles sont employées dans le service public (30.3%).

Nb d'interventions - Sexe et domaine d'activité dans le tertiaire						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Santé	30	69,8%	13	30,2%	43	100,0%
Service public (sauf santé)	23	30,3%	53	69,7%	76	100,0%
Economie/finance	35	56,5%	27	43,5%	62	100,0%
Juridique	19	30,2%	44	69,8%	63	100,0%
Autre	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
Total	121	46,9%	137	53,1%	258	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 42,69 ; ddl = 4 (TS)

Tableau 41 – Interventions des parlementaires selon le sexe et le domaine d'activité tertiaire

Si nous comparons globalement tous les domaines d'activités, nous observons que les professions des parlementaires sont fortement genrées au même titre que ce que l'on rencontre dans la société en général. Les femmes sont totalement absentes de l'agriculture et de l'industrie ainsi que de l'administration dans le domaine de la santé et de l'éducation. Les hommes et les femmes sont également représentés parmi les parlementaires employés chez les prestataires de service dans la santé et chez les assureurs maladie ainsi que dans le social. Les femmes sont particulièrement présentes dans l'administration du secteur public – mais nous venons de voir ci-dessus qu'elles s'expriment peu.

sexe et domaine d'activité						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Agriculture	0	0,0%	7	100,0%	7	100,0%
Industrie/construction	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
Economie/finance	2	18,2%	9	81,8%	11	100,0%
Juridique	2	16,7%	10	83,3%	12	100,0%
Autre	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
Santé - Bénéficiaires	0		0		0	100,0%
Santé - Prestataires	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
Santé - Administration	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
Santé - Assureurs	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Santé - Industrie	0		0		0	100,0%
Service public - Administration	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
Service public - Social	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Education/formation	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
Total	17	30,9%	38	69,1%	55	100,0%

p = 0,7% ; chi2 = 24,08 ; ddl = 10 (TS)

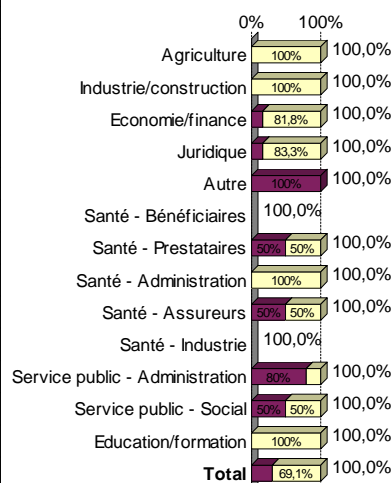


Tableau 42 – Groupes d'intérêts selon le sexe et le domaine d'activité

Sexe et groupe d'intérêt :

La tendance se confirme-t-elle dans les liens entretenus par les parlementaires hommes et femmes avec des groupes d'intérêts ? En effet, les femmes restent quasi absentes de l'agriculture (9.1%) et sont minoritaires dans l'industrie et la construction (20.8%), dans l'industrie médicale (16.7%), dans les médias (16.7%) et dans l'éducation et la recherche (30%) ainsi que dans l'économie et la finance (33.3%). Par contre, elles sont à peu près autant présentes que les hommes dans les organismes de santé en faveur des bénéficiaires (52.9%), en faveur des prestataires (46.7%), dans l'administration de la santé (50%), dans l'administration du service public (50%), dans le social (40.9%) et dans l'environnement (42.9%). Le domaine de la santé, du service public et de l'environnement semble donc concentrer les activités des femmes parlementaires. Les hommes parlementaires eux, sont caractérisés par de multiples insertions dans différents groupes d'intérêts, autant dans le

social et dans la santé que dans l'économie et l'industrie. Pourtant, les domaines financiers, industriels et agraires semblent recevoir particulièrement les faveurs des hommes parlementaires. Remarquons également que les femmes parlementaires ne sont pas du tout liées à des groupes d'intérêt d'assureurs maladie, de tourisme et de religion. Il faut toutefois relativiser la relation entre les variables sexe et groupes d'intérêt, car le test du χ^2 indique une relation peu significative.

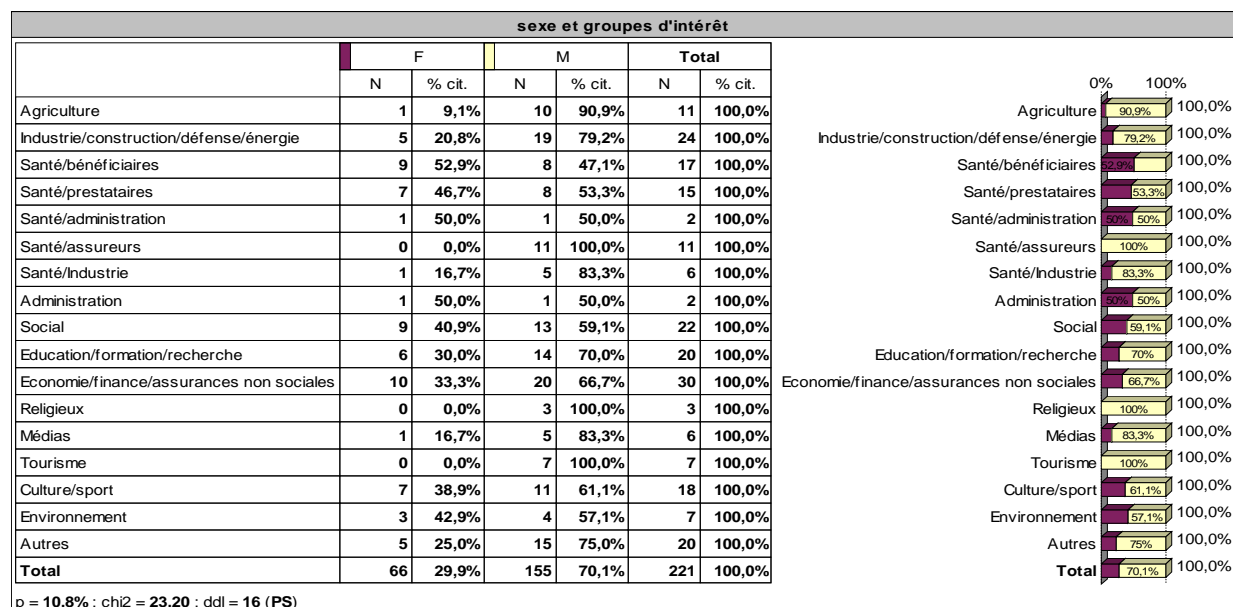


Tableau 43 – Profils des parlementaires selon le sexe et les groupes d'intérêts

Les femmes impliquées dans les groupes d'intérêt en faveur des bénéficiaires et des prestataires de service dans le domaine de la santé interviennent beaucoup plus (respectivement 67.8% des interventions totales issues de membres d'organismes en faveur de bénéficiaires de la santé sont faites par des femmes et 62.5% en faveur des prestataires) que les hommes, bien qu'hommes et femmes soient environ égaux en nombre (respectivement 9 et 8 ; et 7 et 8). Les femmes impliquées dans le domaine de l'agriculture s'expriment très peu en comparaison des hommes liés à ce même domaine.

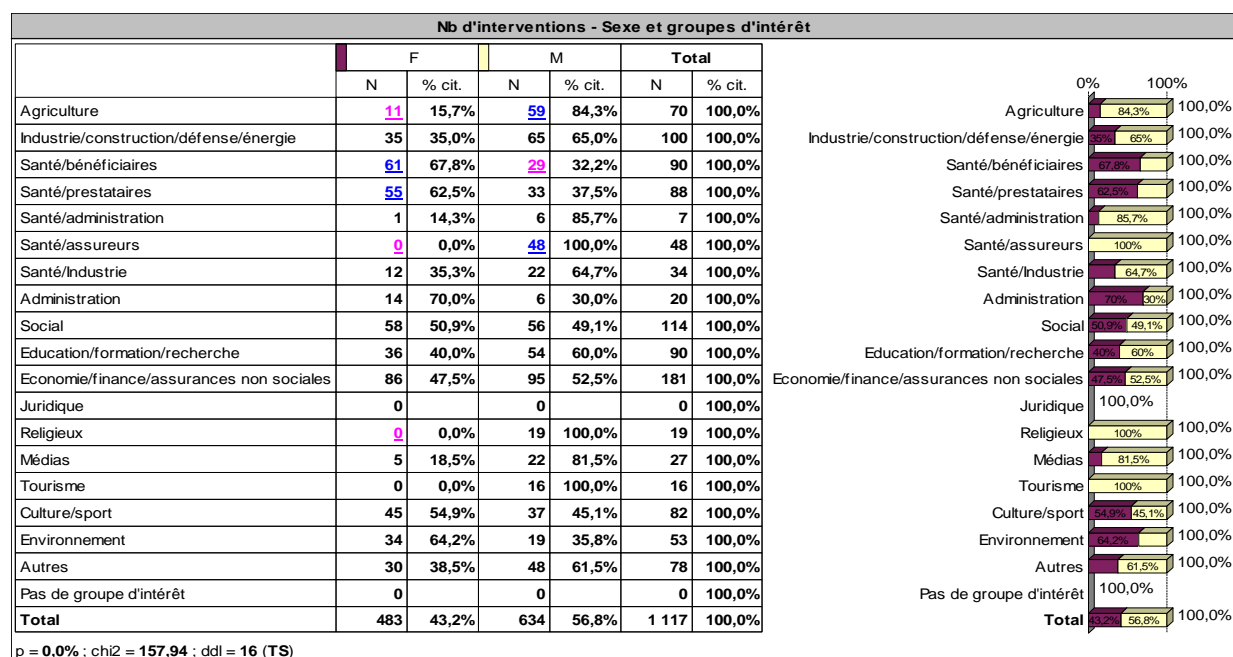


Tableau 44 – Interventions des parlementaires selon le sexe et les groupes d'intérêts

Groupe politique et Chambre :

Quelle est la composition politique des parlementaires qui interviennent sur notre objet au sein des deux chambres ? Si nous prenons une découpe large, nous constatons sans surprise que le bloc de droite est légèrement majoritaire dans les deux chambres. Nous observons également que la majorité des effectifs des blocs gauche et droite interviennent au Conseil national, alors que le bloc centre a une présence marquée au Conseil des Etats.

Fonction actuelle/exercée en dernier et bloc politique									
	Bloc gauche		Centre		Bloc droite		Total		0% 100%
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	
CN	10	34,5%	6	20,7%	13	44,8%	29	100,0%	
CE	6	26,1%	8	34,8%	9	39,1%	23	100,0%	
Total	16	30,8%	14	26,9%	22	42,3%	52	100,0%	

p = 51,2% ; chi2 = 1,34 ; ddl = 2 (NS)

Tableau 45 – Profils des parlementaires selon l'orientation politique et la chambre

Le détail des groupes politiques permet de voir des différences flagrantes : seul un parlementaire de l'UDC intervient au sein du Conseil des Etats, alors que dix d'entre eux le font au Conseil national. Les Radicaux-Libéraux eux, comptent trois intervenants seulement au sein du Conseil national et huit au Conseil des Etats. Les Verts et les Socialistes ont un nombre d'intervenants à peu près égal dans les deux chambres (sauf les Démocrates-Chrétiens qui, on l'a vu également plus haut, sont un peu plus nombreux au Conseil des Etats). L'Extrême-gauche et les Verts étant de toutes les façons absents du Conseil des Etats, ils ne sont bien entendu pas représentés dans cette chambre. Une question se pose : pourquoi les représentants de l'UDC se sont-ils intensivement relayés pour prendre la parole au Conseil national et pourquoi les Radicaux-Libéraux en ont-ils fait de même au Conseil des Etats ?

Groupe politique et fonction actuelle/exercée en dernier														
	Extrême gauche		Verts		Socialistes		Démocrates - chrétiens		Radicaux-libéraux		UDC		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
CN	1	3,4%	3	10,3%	6	20,7%	6	20,7%	3	10,3%	10	34,5%	29	100,0%
CE	0	0,0%	0	0,0%	6	26,1%	8	34,8%	8	34,8%	1	4,3%	23	100,0%
Total	1	1,9%	3	5,8%	12	23,1%	14	26,9%	11	21,2%	11	21,2%	52	100,0%

p = 2,0% ; chi2 = 13,41 ; ddl = 5 (S)

Tableau 46 – Profils des parlementaires selon le parti et la chambre

Là où les représentants sont nombreux, les interventions le sont aussi. L'UDC concentre 33.3% des interventions au Conseil national et les Radicaux-Libéraux totalisent 43.5% des interventions au Conseil des Etats. Ils interviennent au contraire très peu, respectivement au sein du Conseil des Etats et du Conseil national. Alors que le même nombre (8) de Démocrates-chrétiens s'expriment sur notre objet dans cette chambre, ces derniers interviennent 20% de moins que les Radicaux-Libéraux.

Nb d'interventions - fonction actuelle/exercée en dernier et groupe politique														
	Extrême gauche		Verts		Socialistes		Démocrates - chrétiens		Radicaux-libéraux		UDC		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
CN	7	5,8%	10	8,3%	27	22,5%	20	16,7%	16	13,3%	40	33,3%	120	100,0%
CE	0	0,0%	0	0,0%	39	28,3%	33	23,9%	60	43,5%	6	4,3%	138	100,0%
Total	7	2,7%	10	3,9%	66	25,6%	53	20,5%	76	29,5%	46	17,8%	258	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 72,07 ; ddl = 5 (TS)

Group	Extrême gauche	Verts	Socialistes	Démocrates-chrétiens	Radicaux-libéraux	UDC
CN	5,8%	8,3%	22,5%	16,7%	13,3%	33,3%
CE	0,0%	0,0%	28,3%	23,9%	43,5%	4,3%
Total	2,7%	3,9%	25,6%	20,5%	29,5%	17,8%

Tableau 47 – Interventions des parlementaires selon le parti et la chambre

Groupe politique et groupe d'intérêts

Quels groupes politiques sont impliqués dans quels groupes d'intérêts ? Comme nous avons déjà pu le constater, les parlementaires Démocrates-Chrétiens et Radicaux-Libéraux sont les plus nombreux à entretenir des liens avec des groupes d'intérêts. Ils se concentrent majoritairement dans les secteurs du social (les deux 36.4%) et de l'économie et des finances (les deux 30%). Les Démocrates-chrétiens sont également très présents dans le domaine de l'industrie et de la construction (33.3%). L'Union démocratique du centre est surtout présente dans les groupes d'intérêt agraires (54.5%), de l'industrie (20.8%) et de l'économie (20%).

Y-a-t-il un lien entre l'appartenance politique des parlementaires et leur affiliation à certains groupes d'intérêts ? Parmi les groupes d'intérêts liés à la santé, nous observons que les Radicaux-Libéraux sont très impliqués dans les organismes de santé en faveur des bénéficiaires (41.2% des liens avec ces groupes sont entretenus par des Radicaux-Libéraux) et des prestataires de service (46.7%). Les Socialistes sont, à moindre échelle, aussi impliqués dans ces groupes d'intérêts (respectivement 35.3 % et 20%), tout comme le sont les Démocrates-Chrétiens pour les groupes en faveur des prestataires de santé (20% également). Il sera intéressant d'identifier ces parlementaires et voir si leur positionnement par rapport à notre objet converge, cela malgré leur appartenance à des partis politiques différents.

Notons à ce stade que tous les liens avec des groupes en faveur des assureurs maladies sont entretenus par des Démocrates-Chrétiens (36.4%), des Radicaux-Libéraux (36.4%) et des membres de l'UDC (27.3%).

Qu'en est-il du nombre d'interventions des groupes identifiés ci-dessus ?

Parmi les individus qui se sont engagés, les Radicaux-Libéraux qui sont engagés dans un groupe d'intérêts en faveur des prestataires de service de la santé (63.6%) et en faveur de bénéficiaires (43.3%) interviennent davantage que les autres partis. Les Socialistes arrivent deuxième position avec respectivement 15.9% et 36.7%. Sur la figure 1 ci-dessous on peut voir que les Radicaux-Libéraux et les Socialistes se rapprochent autour des prestataires de santé (plus proches des Radicaux-Libéraux) et des bénéficiaires de la santé (plus proches des Socialistes). L'affiliation à des groupes d'assureurs de santé semble être l'apanage des Démocrates-Chrétiens.

Appartenance politique des membres de groupes d'intérêt														
	Extrême gauche		Verts		Socialistes		Démocrates -chrétiens		Radicaux-libéraux		UDC		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Agriculture	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	36,4%	1	9,1%	6	54,5%	11	100,0%
Industrie/construction/défense/énergie	1	4,2%	3	12,5%	1	4,2%	8	33,3%	6	25,0%	5	20,8%	24	100,0%
Santé/bénéficiaires	0	0,0%	1	5,9%	6	35,3%	3	17,6%	7	41,2%	0	0,0%	17	100,0%
Santé/prestataires	0	0,0%	1	6,7%	3	20,0%	3	20,0%	7	46,7%	1	6,7%	15	100,0%
Santé/administration	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
Santé/assureurs	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	36,4%	4	36,4%	3	27,3%	11	100,0%
Santé/Industrie	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	2	33,3%	3	50,0%	0	0,0%	6	100,0%
Administration	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
Social	0	0,0%	2	9,1%	4	18,2%	8	36,4%	8	36,4%	0	0,0%	22	100,0%
Education/formation/recherche	0	0,0%	3	15,0%	3	15,0%	6	30,0%	5	25,0%	3	15,0%	20	100,0%
Economie/finance/assurances non sociales	1	3,3%	1	3,3%	4	13,3%	9	30,0%	9	30,0%	6	20,0%	30	100,0%
Religieux	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
Médias	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%	6	100,0%
Tourisme	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%	3	42,9%	2	28,6%	7	100,0%
Culture/sport	0	0,0%	0	0,0%	5	27,8%	5	27,8%	6	33,3%	2	11,1%	18	100,0%
Environnement	0	0,0%	1	14,3%	1	14,3%	3	42,9%	1	14,3%	1	14,3%	7	100,0%
Autres	1	5,0%	2	10,0%	2	10,0%	8	40,0%	5	25,0%	2	10,0%	20	100,0%
Total	3	1,4%	14	6,3%	32	14,5%	72	32,6%	67	30,3%	33	14,9%	221	100,0%

p = 44,3% ; chi2 = 81,17 ; ddl = 80 (NS)

Tableau 48 – Profils des parlementaires selon le parti et les groupes d'intérêts

Nb d'interventions - Composition politique des membres des groupes d'intérêt														
	Extrême gauche		Verts		Socialistes		Démocrates chrétiens		Radicaux-libéraux		UDC		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Agriculture	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	35	50,0%	3	4,3%	32	45,7%	70	100,0%
Industrie/construction/défense/énergie	7	7,0%	10	10,0%	10	10,0%	34	34,0%	22	22,0%	17	17,0%	100	100,0%
Santé/bénéficiaires	0	0,0%	4	4,4%	33	36,7%	14	15,6%	39	43,3%	0	0,0%	90	100,0%
Santé/prestataires	0	0,0%	2	2,3%	14	15,9%	9	10,2%	56	63,6%	7	8,0%	88	100,0%
Santé/administration	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	6	85,7%	7	100,0%
Santé/assureurs	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18	37,5%	21	43,8%	9	18,8%	48	100,0%
Santé/Industrie	0	0,0%	0	0,0%	4	11,8%	6	17,6%	24	70,6%	0	0,0%	34	100,0%
Administration	0	0,0%	0	0,0%	14	70,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	30,0%	20	100,0%
Social	0	0,0%	6	5,3%	15	13,2%	31	27,2%	62	54,4%	0	0,0%	114	100,0%
Education/formation/recherche	0	0,0%	10	11,1%	17	18,9%	19	21,1%	29	32,2%	15	16,7%	90	100,0%
Economie/finance/assurances non sociales	7	3,9%	4	2,2%	24	13,3%	46	25,4%	66	36,5%	34	18,8%	181	100,0%
Juridique	0		0		0		0		0		0		0	100,0%
Religieux	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	19	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	19	100,0%
Médias	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	19	70,4%	8	29,6%	0	0,0%	27	100,0%
Tourisme	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	31,3%	4	25,0%	7	43,8%	16	100,0%
Culture/sport	0	0,0%	0	0,0%	24	29,3%	21	25,6%	34	41,5%	3	3,7%	82	100,0%
Environnement	0	0,0%	4	7,5%	5	9,4%	12	22,6%	25	47,2%	7	13,2%	53	100,0%
Autres	7	9,0%	8	10,3%	9	11,5%	19	24,4%	24	30,8%	11	14,1%	78	100,0%
Pas de groupe d'intérêt	0		0		0		0		0		0		0	100,0%
Total	21	1,9%	48	4,3%	170	15,2%	307	27,5%	417	37,3%	154	13,8%	1 117	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 531,02 ; ddl = 80 (TS)

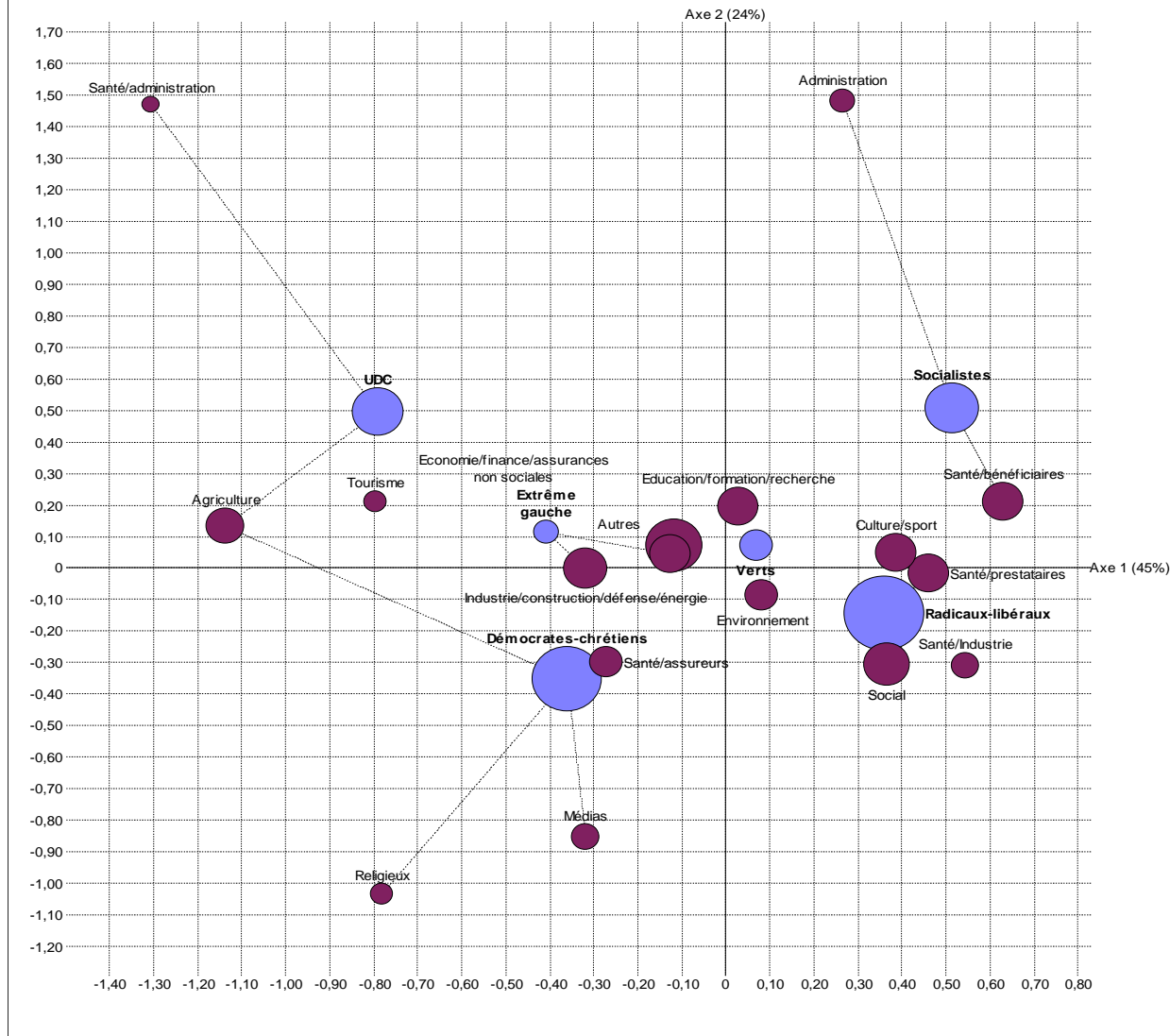


Figure 1 – Interventions des parlementaires selon le parti et les groupes d'intérêts

Conclusions :

Cette analyse permet d'identifier des groupes de personnes qui, au vu de leur appartenance à certains organismes en relation avec d'autres caractéristiques, sont amenés à intervenir de manière soutenue sur notre objet : les femmes, les femmes alémaniques, les femmes de gauche, les femmes membres de groupes d'intérêt en faveur de bénéficiaires et prestataires de service, les femmes du Conseil des Etats, les Radicaux-Libéraux du Conseil des Etats.

Certains biais possibles doivent être gardés à l'esprit :

- Les rapporteurs des Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) de chacune des chambres interviennent souvent pour relayer la position adoptée. La fréquence de leurs interventions relève donc en partie d'une fonction protocolaire. Le contenu de leurs interventions a toutefois une incidence sur le cours des débats dans la mesure où les messages transmis peuvent, selon la manière de jouer la fonction qu'adoptent les personnes, influencer le vote des parlementaires.
- La population que nous présentons ici est « fictive » en tant que collectif. Les 52 parlementaires n'ont pas tous été en place au même moment dans la même Chambre. Il se peut donc que les rapports de force se soient quelque peu modifiés d'une session à l'autre. Ceci vaut non seulement pour les parlementaires intervenants, mais aussi pour les parlementaires votants.

5.2 Déroulement des débats

Dans ce chapitre, nous abordons ce que nous avons appelé dans le projet de notre recherche, le « script des décisions ». Il s'agit de retracer le déroulement des débats depuis les premières propositions relatives à une réforme du financement des soins, énoncées deux ans après la mise en œuvre de la LAMal, jusqu'à l'adoption de la révision du financement des soins en juin 2008.

Ce chapitre est découpé en trois parties correspondant aux trois périodes décrites précédemment. Dans la période 0, nous posons quelques éléments-clés ; nous entrons plus avant dans une analyse détaillée dans la période I, pour finalement analyser de manière approfondie les échanges portant sur le financement des soins dans la période II.

5.2.1 Période 0 - Thèmes centraux des débats concernant le financement des soins et thèmes saillants

Le présent volet a pour objectif de rappeler les périodes significatives des débats, les actions des parlementaires, les décisions prises et les thématiques abordées durant les travaux suivant l'introduction de la LAMal et se terminant, en 2003, avec l'échec des propositions de révision LAMal soumises au parlement.

Cette partie de l'analyse est largement basée sur les travaux existants conduits par la Professeure Béatrice Despland (2004 et 2008), travaux qui ont examiné non seulement les questions de définition et de mode de couverture des frais de soins, questions débattues à de nombreuses reprises au Parlement dès la mise en œuvre de la LAMal, mais également de la coordination avec les prestations de l'allocation pour impotent et avec celles des prestations complémentaires.

Nous abordons ici les thèmes centraux de la problématique du financement des soins ainsi que quelques éléments nous paraissant significatifs. Le temps et les moyens impartis à la recherche nous ont limités dans nos investigations, que nous avons voulues plus approfondies pour les deux périodes récentes.

La définition des soins dans la LAMal – rappel

Nous l'avons déjà largement évoqué : la LAMal ne contient pas, ni dans le texte de la loi lui-

même ni dans les ordonnances, une réelle définition concernant les soins. L'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins (OPAS, RS 832.112.31) énumère certes des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins, mais comme le remarque Despland (2004, p. 10), une telle liste ne peut pas être considérée comme une définition. L'article 7 OPAS spécifie les types de prestations couvertes, le cadre dans lequel elles prennent place (EMS ou domicile du patient) et les types de professionnels aptes à les fournir. Les éléments précisés dans le cadre de l'OPAS se limitent ainsi à ces types d'actes bien spécifiques. Il vaut la peine de souligner que la jurisprudence a contribué à la définition de ce que la LAMal est censée couvrir dans le domaine des soins. Une jurisprudence construite au fil du temps traduit surtout des efforts de définition des frontières des soins. Dans un cas particulier, les difficultés rencontrées ont abouti à une modification du texte de l'OPAS concernant les contours des soins couverts dans le domaine de l'accompagnement psychiatrique et psycho-gériatrique à domicile. Dans le champ de l'éventuelle sur-indemnisation découlant de prestations couvertes par la LAMal et de montants fournis par l'allocation pour impotent, qui pourraient servir à financer des prestations de même nature, la décision du Tribunal fédéral des assurances en 2001 (ATF 127 V 94, consid 3d, cité par Despland, 2008, p.120) prévoit un mode de calcul permettant aux assureurs de réduire le montant des frais qu'ils couvrent, ceci sans que la question de fond ne soit réellement traitée.

Ainsi, la loi elle-même se borne à spécifier que les soins, de quelque type qu'ils soient, doivent être prescrits par un médecin et exécutés sous la responsabilité de professionnels prévus par la loi. Despland rappelle cependant (2004, p.15) que la question de la valorisation de l'activité soignante en tant que telle apparaît dans les débats précédant la finalisation du texte de la LAMal, et que des parlementaires s'affrontent déjà sur la question de la nécessité de spécifier le contenu des soins, plutôt que d'inclure la notion de soins dans la notion de traitement. On voit déjà, dans les échanges entre les parlementaires Hollenstein et Segmüller, s'opposer des conceptions visant à souligner spécifiquement le rôle des soins (infirmiers) par opposition aux traitements médicaux ; la définition spécifique des soins ne sera finalement pas incluse dans le texte de loi, officiellement pour des raisons de simplicité et de pragmatisme, l'important étant de prévoir de couvrir adéquatement les prestations.

Nous verrons pourtant que la question du type de soins et de leur relation avec la maladie – elle-même définie de manière à la distinguer de l'accident – continue à apparaître en filigrane dans les débats ultérieurs.

Il est particulièrement remarquable qu'une des améliorations importantes apportées par la LAMal, à savoir une meilleure couverture des soins apportés à domicile et en EMS, ait été presque immédiatement remise en cause pour des questions de coûts et de légitimité. La proximité des prestations fournies avec des prestations d'aide, et avec des actes d'appui à la vie quotidienne contribue de toute évidence à faire apparaître ces questions – nous y reviendrons par la suite. La LAMal limite certes son intervention à la couverture de soins du corps, médicalement prescrits et fournis sous la responsabilité de professionnels reconnus, mais les « soins de base » s'avèrent rapidement inconfortablement proches d'une frontière avec les soins informels, couramment fournis par les proches.

1997 : Initiative parlementaire Rychen et arrêtés du Conseil fédéral en matière de soins LAMal à domicile et en EMS

Même si les soins à domicile représentent une part faible des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS), leur potentielle augmentation au vu des dispositions de la LAMal inquiète les assureurs dès les premières années de la mise en œuvre de la LAMal. En fait, l'initiative parlementaire Rychen (voir annexe CD-rom), qui peut être considérée comme située dans le droit fil des préoccupations des assureurs, propose de manière directe des restrictions à la couverture des soins par la LAMal. D'ailleurs en 1997 déjà, alors que la LAMal ne fait que déployer ses premiers effets, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) introduisait des tarifs-cadre qui entraient en vigueur en 1998. Le Conseil fédéral introduisait

également en 1997, un nombre maximal d'heures par trimestre ainsi que la mise en place de niveaux de dépendance, prévus au nombre de quatre. Ainsi, plusieurs points importants de l'initiative parlementaire Rychen ont dans les faits été repris par des dispositions mises en place par le Conseil Fédéral suite à des recommandations de la CSSS, qui avait été chargée d'examiner les demandes de l'initiative parlementaire Rychen suite à l'entrée en matière du Conseil National.

Il vaut la peine de rappeler ici les points principaux mis en avant par cette initiative parlementaire :

- La limitation à 60 heures par trimestre des soins prévus par l'article 7 OPAS – avec une éventuelle prolongation pour « cas de rigueur ».
- L'identification de trois niveaux de dépendance avec des montants de coûts correspondants.
- La limitation de la prise en charge par les assureurs à la moitié des coûts convenus.

Le rapport de la CSSS du Conseil national, daté du 25 février 2000, sera donc élaboré sur une fort longue période, durant laquelle de nombreuses mesures concrètes avaient déjà été prises, dont l'introduction des tarifs-cadre.

Le rapport de la Commission s'étend sur l'importance de l'augmentation des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine des soins à domicile ou en EMS. Il parle d'augmentations substantielles des primes qui pourraient découler de la poursuite de la tendance constatée. Il conclut enfin au classement de l'initiative, qui est par ailleurs caduque pour des raisons de dates, et remarque que plusieurs de ses objectifs ont été réalisés.

Il est frappant de constater, que le Conseil fédéral s'est empressé de mettre en œuvre par arrêté urgent les éléments principaux contenus dans cette initiative, soit la limitation à 60 heures par trimestre sauf dispositions particulières, ainsi que l'introduction de niveaux de dépendance.

2000 : La motion Joder

Il faut mentionner cette motion, déposée le 5.10.2000 par l'UDC bernois Rudolf Joder, qui fait l'objet d'une réponse du Conseil fédéral en décembre 2000. Cette motion visait à obtenir un renforcement de la valorisation et de la protection légale de la profession infirmière et à obtenir la reconnaissance de la spécificité des prestations infirmières dans la loi. Il vaut la peine de souligner que le parlementaire en question est l'époux d'une infirmière et représente par ailleurs les intérêts des soins à domicile privés, car il est président de l'association des prestataires indépendants pour le canton de Berne. La teneur de cette motion est focalisée sur la revalorisation de la profession infirmière, sur la base du constat d'une grande pénurie de professionnels et d'une baisse – dans les années 90 – des candidats à la formation. Elle souligne la nécessité de reconnaître les infirmiers et infirmières comme fournisseurs de prestation dans le cadre de la LAMal de façon explicite.

La réponse du Conseil fédéral (Curia Vista 4.12.2000) prend acte de la préoccupation du motionnaire. Il rappelle que les mécanismes de reconnaissance des professions sont principalement dévolus aux cantons. Du point de vue de la LAMal, il souligne que les professionnels indépendants sont reconnus par la LAMal et que cette reconnaissance inclut les infirmières ; ces dernières sont donc intégrées comme professionnelles reconnues dans le cadre de la liste des prestataires de service habilités à facturer à l'assurance obligatoire des soins. Seules les professionnelles reconnues par les cantons sont habilitées à travailler comme indépendantes à charge de la LAMal.

Les autres points soulevés par le motionnaire sont considérés par le Conseil fédéral comme faisant partie d'autres aspects déjà traités ou réglés par la LAMal, en particulier en matière d'assurance qualité. Pour ce qui est de la recherche en soins infirmiers, également mise en avant par le motionnaire, le Conseil fédéral mentionne le programme mis en place par l'Université de Bâle ainsi que les injonctions de recherche appliquée confiées aux Hautes

écoles spécialisées (HES).

Ainsi, le Conseil fédéral considère le débat sur la motion comme liquidé. Aucune mesure concrète n'est préconisée.

2002 : La motion Raggenbass

Cette motion, fort laconique, demande au Conseil fédéral de présenter une modification réglant le financement des soins de longue durée et de préciser qui sera responsable de leur couverture financière.

Il faut mettre cette motion en perspective avec les travaux et tractations en cours concernant les tarifs et les modes de couverture des soins. Le Conseil fédéral rappelle que diverses mesures ont été prises. Ce que la motion Raggenbass réclame est en train d'être abordé de diverses manières, sur toile de fond de mise en œuvre de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations (OCP, RS 832.104) qui entrera en vigueur le 1.01.2003.

Paradoxalement, cette ordonnance a pour objet la mise en place des mécanismes devant permettre une comptabilité analytique précise, afin que les coûts de soins puissent être distingués d'autres coûts de type administratifs ou « socio-hôtelières ». Les tarifs-cadre punitifs devraient alors faire place à la couverture complète des coûts, telle qu'elle est prévue par la loi.

La réponse du Conseil fédéral à la motion Raggenbass fait apparaître la question de la coordination entre les divers régimes appelés à couvrir des prestations liées à la dépendance, qui est à présent en discussions. L'augmentation des coûts que pourrait induire l'application de l'OCP ne peut pas être traitée en elle-même. Cependant, elle met en lumière les questions de frontière et les questions de coordination. Peut-il être attendu de l'assurance-maladie qu'elle prenne en charge les soins de longue durée de manière prépondérante, ou même seule, alors que la question de la nécessité de ces soins (la maladie physique ou psychique, le grand âge, voir l'isolement social) nécessitent l'intervention de professionnel·le·s ? Cette question fondamentale ne trouvera aucune réponse, ni durant cette période, ni hélas durant celles qui vont suivre.

5.2.2 Période I

Suite au renvoi de la révision globale de la LAMal en décembre 2003, le Conseil fédéral initie une série de révisions « par paquets » dès le printemps 2004. Dans cette perspective, en mai 2004, le Conseil fédéral publie un message. Une partie des débats de la session d'automne des Chambres fédérales est consacrée à la question de la révision de la LAMal, à son organisation ainsi qu'à son échelonnement temporel. Ce volet est consacré à l'analyse de cette période.

Dans son message du 26 mai 2004 (04.031), le Conseil fédéral propose une révision échelonnée en « paquets » dans lesquels « *les révisions seront présentées «individuellement» dans des messages partiels.* »⁷ Les thématiques traitées dans le premier paquet sont les suivantes :

Un premier message comporte cinq thématiques :

- « *la prolongation de la compensation des risques [...] ;*
- *la reconduction et le gel des tarifs des soins : les tarifs doivent être gelés avant que la réalisation des directives relatives à la transparence n'entraîne une prise en charge de la totalité des coûts par les assureurs et, de ce fait, une augmentation des primes ;*
- *la loi fédérale urgente sur le financement des hôpitaux doit être prolongée [...] ;*

⁷ Message du Conseil fédéral concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Stratégie et thèmes urgents) du 26 mai 2004 (04.031).

- *les prescriptions relatives au rapport de gestion et à la présentation des comptes des assureurs;*
- *l'introduction d'une carte d'assuré. »⁸*

Les autres messages de ce premier paquet portent sur :

- *« La liberté de contracter [...]*
- *La réduction des primes [...]*
- *Les règles de la participation aux coûts [...]. »⁹*

Le second paquet de réformes envisagées porte sur les questions du financement hospitalier et du managed care.

En outre, un troisième paquet comprend l'élaboration d'une nouvelle réglementation sur le financement des soins, thématique nous intéressant ici au premier chef.

Organisation de la session et traitement des thématiques par les deux chambres

Dans le traitement des objets liés à cette révision de la LAMal, le Conseil des Etats est le premier conseil à traiter des dossiers. Lors de la session d'automne, les deux chambres vont traiter des dossiers de manière alternée entre le 21 septembre 2004 et le 8 octobre 2004. Il faudra quatre allers-retours (huit séances) aux deux chambres pour parvenir à l'adoption de la législation relative à cette Période I.

Au Conseil des Etats, le débat d'entrée en matière sur le message voit les oppositions entre groupes politiques se dessiner. Tous les acteurs et toutes les actrices politiques sont unanimes sur le constat de l'augmentation des dépenses de santé et sur la nécessité d'opérer des réformes. Les affrontements portent sur la direction à leur insuffler et sur la manière de les entreprendre.

Dans les interventions dont le lyrisme est souvent la caractéristique principale, il ressort tout autant une certaine frustration des parlementaires quant au manque de stratégie reproché au gouvernement (Staehlin, intervention 5),¹⁰ qu'une approbation quant à la politique des petits pas proposée à présent par ce même gouvernement en opposition à la volonté précédente de réforme globale.

Les parlementaires des groupes de gauche soulignent les enjeux d'approvisionnement ainsi que la nécessité de maintenir les primes à un niveau abordable pour la population. Les parlementaires des groupes de droite sont positionnés de manière moins unilatérale, mais soutiennent principalement des positions relatives à une déréglementation du système de santé. De quelque bord politique qu'elle provienne, chaque intervention est caractérisée par la proposition de procéder différemment en vue d'instaurer des réformes que chacun estime nécessaires. Au final, l'entrée en matière est votée sans opposition.

Au Conseil national et à la différence de la chambre des cantons ; la dynamique du débat est plus polarisée. Le débat d'entrée en matière commence avec deux propositions de minorités. La minorité I, issue des rangs socialistes, propose une non-entrée en matière sur le troisième paquet (financement des soins) mais accepte les deux autres paquets, alors que la minorité II propose le rejet du projet dans le but d'en éviter le saucissonnage. Cette dernière proposition émane de Marianne Huguenin pour « A gauche toute ! » (Extrême gauche).

Au vote sur l'entrée en matière, on retrouve une opposition gauche-droite avec d'un côté une alliance Verts-Socialistes-Extrême gauche à laquelle s'ajoutent quatre voix issues du groupe des évangéliques et de l'Union démocratique fédérale (PEV-UDF). Les parlementaires des

⁸ Ibid, p. 4020.

⁹ Ibid, p. 4021.

¹⁰ Lorsque nous mentionnons une intervention, celle-ci est numérotée en fonction de l'agencement du corpus des débats étudiés dans cette étude. L'intervention peut être retrouvée dans l'archive CD-rom.

partis de droite (Radicaux-Libéraux, Démocrates-Chrétiens et UDC) ont tous et toutes approuvé l'entrée en matière. Le vote sur la Minorité II de Huguenin proposant le rejet du projet est nettement rejeté par 132 voix contre 16.

Dans les débats eux-mêmes, certaines thématiques semblent plus porteuses de prestige que d'autres. Nous reprenons ici les thématiques traitées par le Parlement dans cette Période I et nous nous bornons à en indiquer la teneur des débats au fil des échanges, ceci pour les deux chambres.

En ce qui concerne le débat autour de la carte d'assuré (art. 42a LAMal), les débats ont porté essentiellement sur l'alinéa 4 de l'article en question, alinéa traitant de la mention des données qui doivent ou peuvent figurer sur la carte, notamment par rapport aux situations d'urgence ou aux questions relatives aux dons d'organes ou questions relatives au consentement. La question a été amenée sous l'angle de la sécurité, reliée à celle de l'attribution des coûts inhérents à l'introduction technologique :

Man muss sich das konkret vorstellen: Man nimmt Daten eines Patienten auf eine Karte auf, es vergehen vielleicht mehrere Monate oder sogar Jahre, und dann tritt ein Unfall ein. Die Daten sind veraltet, und es besteht damit auch die Gefahr, dass mit falschen Daten gearbeitet wird, um diesen Notfallpatienten zu behandeln.¹¹ (Eugen David, intervention 13).

Au Conseil national, les débats sont ici aussi plus polarisés, sur la question de l'article 42a LAMal, le conseil délibère sur trois propositions : une de la commission qui souhaite aller plus loin que le Conseil fédéral et introduire une carte d'assuré et une carte santé, une minorité I qui propose de ne retenir que la proposition du Conseil fédéral (Minorité I Hassler) et une proposition minorité II (Minorité II Teuscher) qui propose de tout biffer. Au vote, la Minorité I passe la rampe avec 91 voix contre 61 pour la proposition de la commission. La proposition de rejet de projet de carte santé/carte d'assuré (Minorité II) est clairement rejetée.

Autre point d'achoppement durant cette Période I, la discussion autour de la prolongation du gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux (article 55a LAMal). La proposition initiale du Conseil fédéral, une prolongation de cette mesure restrictive, est conditionnée à l'entrée en vigueur de la liberté de contracter des assureurs maladie par rapport aux prestataires. Le Conseil des Etats modifie la proposition du Conseil fédéral en lui adjoignant une limitation temporelle et en conditionnant l'autorisation de pratique à un délai au bout duquel, s'il n'en est pas fait usage, l'autorisation expire. Le Conseil des Etats adopte le projet de loi ainsi amendé.

Du côté du Conseil national, les débats prennent une autre forme. La proposition est fermement décriée par Claude Ruey, romand du groupe Radical-Libéral qui emprunte sa description à l'allemand, il s'agit pour lui de « *staatliche sozialistische Massnahmen* ». ¹² Ce parlementaire libéral propose de lever le gel des admissions de fournisseurs de prestations (Minorité I). Christine Egerszegi-Obrist, sa collègue de groupe, mais radicale de parti, fait également appel à une autre langue que la sienne, ici le français, pour plaider au contraire en faveur du maintien du gel des admissions au risque d'avoir « *un chaos total* » (intervention 88). Une deuxième proposition (Minorité II, Cavalli) propose de se rallier à l'avis du Conseil des Etats. C'est cette dernière proposition qui, avec le soutien du Conseil fédéral, sera avalisée au vote final sur l'article 55a LAMal par 100 voix pour la Minorité II et 60 pour la proposition de la majorité de la commission. En l'occurrence, le vote dépasse les barrières des partis puisque trois cinquièmes des démocrates-chrétiens et la moitié des radicaux

¹¹ Notre traduction : On doit s'imaginer concrètement la chose. On met les données d'un patient sur une carte. Il se passe peut-être plusieurs mois ou même années avant que survienne un accident. Les données sont anciennes. Et il y a là le danger que l'on travaille avec des données fausses dans cette situation d'urgence.

¹² Notre traduction : mesure socialiste et étatique.

suivent la proposition du socialiste Cavalli.

Dans les débats, la question de la levée de l'obligation de contracter est en permanence en arrière-fond. But à atteindre pour les uns, mesure à éviter pour les autres, elle ne laisse aucun groupe indifférent. Ainsi pour le groupe socialiste, il serait préférable de suivre la minorité I (Ruey), soit de lever complètement le gel des admissions plutôt que de lier la fin de celui-ci à la levée de l'obligation de contracter. Il est piquant de relever que les accords dépassent les clivages politiques puisque la députée Huguenin (groupe « A gauche toute ! ») soutient la Minorité I (Ruey). Elle est médecin, mais se défend toutefois de soutenir « *une mesure corporatiste* » (intervention 92). Notons que, pour cet objet, le deuxième vote opposant la Minorité II (Cavalli) à la Minorité I (Ruey) voit la Minorité II l'emporter largement (131 à 31). Toutefois les voix se portant sur la Minorité I sont issues de presque tous les groupes (quelques Démocrates-Chrétiens et presque la moitié des Verts).

La proposition de prolonger le système en vigueur de compensation des risques durant cinq ans passe aisément la rampe du Conseil des Etats malgré une motion (Sommaruga, Socialiste) qui propose une prolongation avec un délai réduit à deux ans. Cette proposition est refusée au vote par 31 voix contre 7 au profit de la prolongation de compensation des risques pour cinq ans.

Au Conseil national, les débats se présentent de manière plus compliquée. Tous les groupes estiment nécessaire la prolongation du système de compensation des risques. Les motivations sont par contre diverses et les modalités également. Une majorité de la commission demande au Conseil fédéral de proposer un système de compensation des risques amélioré au plus tard dans un délai de deux ans (en 2006). Alors qu'une courte minorité de droite de la commission propose de suivre le Conseil des Etats, avec une prolongation du système actuel pendant cinq ans.

Dans la discussion autour de cet objet, nous retenons un élément qui, selon nous, concerne la prise en charge des soins de longue durée, bien que cet élément ne soit pas identifié en tant que tel. Certain-e-s parlementaires proposent d'affiner le système actuel basé sur les seuls critères de l'âge et du sexe. Dans cette perspective des modèles alternatifs devraient être envisagés ; ce que réclame le Démocrate-Chrétien Meinrado Robbiani :

Il faudra en particulier "approfondir" la possibilité de compléter les critères actuels, qui prennent en considération l'âge et le sexe des assurés, en tenant compte aussi de l'état de santé des assurés. Il faudra aussi vérifier si, au lieu d'une compensation calculée ex post, on ne pourrait pas introduire des éléments et des mécanismes plutôt basés sur des perspectives de risques. On pourrait aussi explorer d'autres pistes pour approfondir le sujet pour voir si on pourrait élaborer des modèles alternatifs. On a d'ailleurs cité souvent la possibilité de constituer un "pôle de hauts risques". (Intervention 109).

Toutefois, le débat en matière de solutions alternatives ne sera pas poursuivi dans ce cadre car balayé avec, notamment, l'argument que « *Mit Änderungen wie Hochkostenpool, Hospitalisierungsausgleich, Ausgleich der Fälle chronischer Erkrankungen usw. [...] wird versucht, soziale Probleme unter wissenschaftlich-theoretischen Gesichtspunkten zu therapieren.* »¹³ (Intervention 113, Jürg Stahl Conseiller national UDC). Sans que la proposition ne soit toutefois amenée au Plénum, nous estimons, qu'à ce stade, le Parlement s'écarte de la voie d'élaboration d'une assurance de type dépendance qui aurait pu inclure les soins de longue durée.

Au vote final, ce sera la minorité de la commission qui l'emporte par 85 voix contre 82.

¹³ Notre traduction : avec des changements proposés tels que la création d'un pôle de hauts risques, une péréquation basée sur les hospitalisations, une compensation des cas de maladie chronique, etc. on essaie de résoudre des problèmes sociaux sous couvert d'angles d'approches théorético-scientifiques.

Le groupe Socialiste et une partie des Verts marquent leur mauvaise humeur en s'abstenant lors du vote portant sur l'ensemble des éléments approuvés par le Conseil national lors du débat.

La question de la participation cantonale aux coûts des traitements hospitaliers est également traitée par les deux chambres. Cette thématique ne suscite pas de discussions au Conseil des Etats alors qu'elle est l'objet d'une passe d'armes au Conseil national où, pour certains députés, dont le Libéral Claude Ruey, la situation actuelle porte atteinte à « *la capacité concurrentielle des cliniques privées* ». La proposition du Conseil fédéral est adoptée par 152 voix contre 18 (essentiellement issues des rangs de l'UDC) et 8 abstentions dont celle du député Claude Ruey.

Le dernier objet traité par le Parlement entre fin septembre et début octobre 2004 porte sur la question du financement des soins. La question est posée de prolonger les tarifs cadres pour les soins en établissement médico-sociaux (EMS) et à domicile, ceci dans l'attente de la révision de la loi. La Commission du Conseil des Etats n'est pas entrée en matière sur une revendication des cantons qui demandait de lever la protection tarifaire les empêchant de reporter une partie des coûts des soins en EMS sur les résidents ayant les moyens de les assumer. Par contre, la commission entre en matière sur une proposition d'adaptation des tarifs au renchérissement.

Le projet de loi est adopté sans discussion et à l'unanimité par 34 voix au Conseil des Etats.

En revanche, au Conseil national, et comme pour les autres objets de cette Période, les débats sont plus intenses et les positions plus tranchées. La commission du Conseil national propose de reprendre la décision du Conseil des Etats. Une proposition de minorité (Minorité II, Maury-Pasquier) propose, quant à elle, d'adapter les tarifs actuels au renchérissement. Rappelons que les tarifs ont été gelés depuis 1998. « *Nous aimerions au moins* » clame le socialiste Stéphane Rossini « *avec cette proposition subsidiaire de la minorité II, que le Parlement cible l'aménagement des tarifs en sorte que nous puissions augmenter les tarifs [...] des cas les plus lourds. Il faut impérativement que l'on puisse permettre d'éviter que des charges trop élevées soient directement imposées aux patients et à leur famille et soient par conséquent soustraites du volet social de l'assurance-maladie* » (intervention 134). La Radicale Christine Egerszegi-Obrist lui répond que « *wenn man Tarife einfriert und nur noch an die Teuerung anpasst, ist das für jene Heime ungerecht, die gut gewirtschaftet haben und darauf geachtet haben, dass sie nie irgendetwas Überflüssiges im Budget hatten* »¹⁴ (intervention 135). La Démocrate-Chrétienne Ruth Humbel-Näf reprend la nécessité de maîtriser les dépenses à charge de l'assurance maladie, et par conséquent à charge des payeurs de primes, avec notamment le risque de « *Prämienbelastungen insbesondere für junge Familien* »¹⁵ (intervention 136). Le Chrétien-Social Hugo Fasel, au nom du groupe des Verts rejette cet argument du « *Kostenbremse* »¹⁶ (intervention 137) en relativisant les dépenses pour les soins en EMS et Spitex (soins à domicile) par rapport aux coûts globaux du système sanitaire et en brandissant l'argument du risque du déplacement de coûts sur le volet hospitalier. Plus virulente, la socialiste Christine Goll estime simplement que la loi n'est pas respectée et regrette que le Parlement ne légifère pas en matière de « *kostenintensiven Hightech-Medizin* »¹⁷ mais préfère économiser dans le champ des « *unspektakulären Pflege* ».¹⁸

Au vote final, c'est la proposition de la majorité de la commission qui l'emporte par 107 voix

¹⁴ Notre traduction : geler les tarifs et les adapter au renchérissement est une mesure inéquitable pour les établissements qui ont été bien gérés sur le plan économique et dont les budgets ne sont pas superflus.

¹⁵ Notre traduction : surcharge de primes pour les jeunes familles.

¹⁶ Notre traduction : frein aux coûts.

¹⁷ Notre traduction : la coûteuse médecine de pointe... soins non spectaculaires.

¹⁸ Notre traduction : les soins non spectaculaires.

contre 67 (essentiellement vertes et socialistes pour ces dernières).

Lors du vote final sur les trois paquets, nous retrouvons trois parlementaires des trois groupes de gauche, Christine Goll, Franziska Teuscher et Marianne Huguenin, pour un dernier échange. La première exprime la crainte des socialistes de voir une atomisation de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Son groupe refusera les trois paquets. Pour la seconde, les milliards en jeu dans le champ de l'assurance maladie sont la convoitise de nombreux intérêts (médecins, pharmaciens, assureurs, cantons) qui n'ont ni la vue d'ensemble, ni le sens du bien commun. Son groupe soutiendra les deux premiers paquets mais refusera celui concernant le financement des soins. Finalement Marianne Huguenin du groupe « A gauche toute ! » refuse tous les objets, notamment en regard de la question de la clause du besoin (gel de l'ouverture des nouveaux cabinets médicaux).

Au vote final, les résultats sont les suivants :

Paquet 1 : Oui 162, Non 16 - une minorité de socialistes refuse l'objet.

Paquet 2 : Oui 180, Non 5.

Paquet 3 : Oui 115, Non 75 avec presque exclusivement les voix socialistes et vertes.

De l'analyse des échanges lors de cette Période, il est intéressant de constater que la thématique des soins qui nous intéresse ici a fait l'objet d'un traitement différencié des autres paquets et a été traitée sous le couvert de la clause d'urgence, ce qui permet de faire entrer la loi directement en vigueur et évite le risque d'un référendum.

D'autre part et comme évoqué précédemment, les réflexions et propositions sont menées quasi exclusivement dans le cadre imparti par la LAMal, ignorant les pistes de réformes alternatives comme par exemple des solutions d'assurances particulières ou la création de catégories d'assuré·e·s particulières.

5.2.3 Période II

Dans cette dernière Période, ne sont débattus au Parlement que les éléments relatifs à la révision du financement des soins dans le cadre de la LAMal ; cependant les incidences des modifications en matière d'assurance vieillesse et en matière de prestations complémentaires sont abordées dans la mesure où elles sont en lien direct avec les modifications de la LAMal traitées . Nous reprenons dans ce volet de l'étude les différents objets traités autour de la question de la révision du financement des soins dans la période de septembre 2006 à juin 2008, en commençant par les modifications législatives « connexes ».

Modifications de la Loi sur l'Assurance vieillesse et survivants (LAVS RS 831.10)

- Allocation pour impotence faible

Dans son message de février 2006, le Conseil fédéral propose d'introduire une Allocation pour Impotent dans la Loi sur l'Assurance Vieillesse et Survivants pour les rentiers vivant à domicile et présentant une impotence faible. Ce type d'allocation qui n'existait pas auparavant vient compléter les impotences de type moyen et grave. L'allocation doit servir – combinée à la participation de la LAMal au financement des soins alors appelés de « base » – à financer l'aide reçue de tiers pour accomplir les activités de la vie quotidienne (article 43 bis al.1). Le Conseil fédéral spécifie que le droit à l'allocation pour impotence faible est supprimé lors d'un séjour dans un home. Dans ce cas, ce sont les prestations complémentaires qui peuvent être sollicitées. Finalement, le Conseil fédéral fixe le montant de l'allocation pour impotence faible « à 20% du montant minimum de la rente de vieillesse (...) ». Ces trois objets sont unanimement adoptés par le Conseil des Etats et le Conseil national, respectivement en automne 2006 et en été 2007.

- Délai de carence et coordination entre les assurances

L'élément qui va susciter des divergences est celui du délai de carence. En effet, l'article 43bis, al. 2 Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVSRS 831.10) stipule que « *le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions sont réalisées, mais au plus tôt dès que l'assuré a présenté une impotence grave ou moyenne sans interruption durant une année au moins. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies* ». A la session d'été 2007, le Conseil national souhaite supprimer le délai d'attente d'un an pour avoir droit à l'allocation d'impotence grave ou moyenne, lorsque celle-ci est « [...] vraisemblablement de longue durée. L'évaluation des besoins ainsi que les prestations sont coordonnées avec celles de l'assurance-maladie. [...] ». Cette proposition issue de la CSSS est adoptée à l'unanimité (vote nominatif n° 4564). Le Conseil des Etats rejette la proposition du Conseil national à la session d'automne 2007 avec 25 voix contre 5. La proposition de minorité (Fetz, Brunner et Ory) souhaitait quant à elle suivre la décision du Conseil national. Pour justifier sa position, la majorité du Conseil des Etats avance deux types d'arguments : l'impossibilité de coordonner les procédures de la LAMal et de l'AVS/AI et l'inégalité de traitement entre les différentes assurances sociales qui résulterait d'une telle mesure.

En décembre 2007, le Conseil national se réunit. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-CN) modifie légèrement sa proposition qui reste en substance identique. La proposition de la Minorité Schenker souhaite la suppression du délai de carence mais ne veut pas de mesure de coordination. Cette mesure est selon elle, peu claire et inapplicable car la nature des prestations n'est pas la même dans la LAVS et dans la LAMal (ce sont respectivement des allocations en liquide et un remboursement de frais dans le domaine des soins). La députée Schenker retire sa proposition avec l'idée de permettre au Conseil des Etats de développer cette proposition. A ce stade, la proposition de la majorité est donc acceptée.

Le Conseil des Etats ne réagit pas à l'interpellation de la députée Schenker et maintient sa position en faveur du droit en vigueur. Finalement, la CSSS du Conseil national propose d'adhérer à la décision du Conseil des Etats. Le délai de carence pour l'obtention d'allocation pour impotent·e·s est donc maintenu. Aucun détail issu des travaux de la commission n'est livré à ce sujet-là.

Modifications de la Loi fédérale sur les prestations complémentaires

- Plafond des prestations complémentaires

Le Conseil fédéral propose au Parlement de supprimer l'article 3a, al. 3 de la Loi fédérale sur les Prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (LPC, RS 832.30). Le plafond des prestations complémentaires allouées à une personne vivant dans un home ou dans un hôpital est donc supprimé. Le Conseil des Etats et le Conseil national acceptent cette suppression.

- Seuils des revenus déterminants

La CSSS du Conseil des Etats va plus loin et propose de relever les seuils des revenus déterminants pour le calcul des prestations complémentaires lors de la session d'automne 2006. Les montants sont modifiés de la manière suivante : de Frs. 25'000.- à Frs. 37 500.- pour la fortune des personnes seules, de Frs. 40'000.- à Frs. 60'000.- pour la fortune des couples et de Frs. 75'000.- à Frs. 112'500.- pour la valeur de la propriété immobilière si l'un des deux conjoints y habite. La Minorité Heberlein s'oppose à cette proposition et souhaite voir l'alinéa en question (LPC, article 3c, lettre c, al. 1) de cette même loi inchangé. La proposition de la majorité échoue avec 19 voix contre 24 pour la minorité.

Cette même proposition est reprise par le Conseil national lors de la session suivante, en été 2007. La CSSS-CN ajoute l'alinéa 1 bis qui prévoit une dérogation aux seuils susmentionnés et fixe le montant de Frs 300 000.- comme valeur immobilière supérieure à prendre en compte au titre de fortune :

- a. lorsqu'un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital ;
 ou b. lorsqu'une personne perçoit une allocation pour impotent de l'AVS, l'AI, de l'assurance-accident ou de l'assurance militaire et vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint.

La CSSS-CN est d'avis que l'entrée dans un home d'une personne âgée ne doit pas obliger son ou sa conjoint-e à quitter le domicile et éventuellement encourir des charges plus lourdes en louant un logement. Cette modification est acceptée par le Conseil national à l'unanimité (avec 157 voix).

En automne 2007, le Conseil des Etats se rallie à la proposition faite par la Chambre basse et l'adopte à l'unanimité (34 voix favorables, 0 abstentions). Les arguments de la CSSS du Conseil des Etats portent sur le caractère modéré des augments, la nécessité d'éviter le recours à l'aide sociale et de devoir dilapider les économies et le patrimoine à cause du besoin en soins d'un-e conjoint-e. Au final, le Conseil de Etats est donc convaincu par les solutions et l'argumentation du Conseil national.

- Réglementations spéciales des cantons

Le dernier objet concernant la LPC connaît davantage de débats au sein des deux chambres et surtout entre elles. Il concerne l'article 5, al. 3, let. A (LPC, RS 832.30) qui traite des réglementations spéciales des cantons. C'est la CSSS du Conseil national qui introduit à la session d'été 2007 la modification suivante :

Les cantons sont autorisés à :

- a. limiter les frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital. Cette limitation doit être fixée de telle sorte que personne n'ait besoin de recourir à l'aide sociale en raison du séjour dans un établissement médico-social reconnu ;(...)

Cette proposition partage les forces en présences ; elle est adoptée de justesse (85 voix contre 79) en défaveur de la proposition de minorité Hassler (Borer, Bortoluzzi, Miesch, Muri, Parmelin, Scherer Marcel et Triponez) qui souhaite voir l'article inchangé. Les Verts et les Socialistes jouissent du soutien de la majorité des Démocrates-Chrétiens (18 voix contre 7 pour la Minorité Hassler). Deux radicaux-Libéraux vaudois sont « dissidents » et soutiennent également la proposition de la majorité (Yves Guisan et René Vaudroz).

- Assouplissement de la formulation

La CSSS du Conseil des Etats propose d'apporter une modification à la formulation et d'assouplir ainsi la Loi fédérale sur les prestations complémentaires : « *Les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médicosocial reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance à l'aide sociale.* ». Cette solution est acceptée par le Conseil national en décembre 2007. L'enjeu de cet objet relève de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, suite à l'adoption de la nouvelle péréquation financière. Les partisans de la minorité ne souhaitaient pas voir inscrit dans la loi une disposition coercitive, alors que les réglementations et les situations cantonales sont très diverses.

Modification de la Loi sur l'assurance-maladie

Les éléments traités ci-dessous concernent à présent les modifications concernant Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) elle-même.

- Soins de base et soins de traitement

Le Conseil fédéral souhaite introduire les notions de « soins de base » et « soins de traitement » dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) et opter pour des financements différents pour l'un et l'autre. Il prévoit une modification de l'article 25 al. 2, let. a. en mentionnant des soins « de base et de traitement », et l'introduction de la let. a bis

suivante : « *en dérogation à la let. a, une contribution aux frais des soins de base dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient ou dans un établissement médico-social ; [...]* ».

Plusieurs propositions sont émises pour cet objet. La plupart des parlementaires se rejoignent sur le fait que la distinction du Conseil fédéral ne satisfait pas les exigences de réalisation pratique et les critères de mise en application communiqués par les différents acteurs de la santé lors de la phase pré-parlementaire. La proposition qui est acceptée contient trois modifications, tout d'abord la suppression de la notions de soins « *semi-hospitaliers* », le pouvoir donné aux chiropraticiens de prescrire des soins et finalement la suppression du principe de « *contribution aux frais des soins de base* » tel qu'envisagé par le Conseil fédéral sous la proposition d'art. 25, let. a bis (proposition Inderkum). Cette suggestion est acceptée par 24 voix contre 14 (proposition de la CSSS qui ne souhaitait pas introduire la prescription aux chiropraticiens). La proposition d'art. 25, let. f est également biffée, puisqu'elle fait référence à « *une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers* ».

- Le principe de contribution

La proposition d'art. 25a LAMal, intitulée « *Soins en cas de maladie* » est introduit par le Conseil des Etats. A son al. 1, il est stipulé que « *L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social* ». La Minorité Leuenberger Ernst, Fetz et Ory propose un art. 25a, al 1bis LAMal qui prévoit la couverture totale des soins en cas de maladie aiguë une fois par année, pour une durée fixée par le Conseil fédéral. Cette proposition est rejetée par 28 voix contre 14. La proposition de la majorité prévoit quant à elle que le Conseil fédéral ait le mandat de désigner les soins et de fixer la procédure d'évaluation des soins requis (art. 25a, al. 2 LAMal) ainsi que de fixer le montant des contributions en francs, selon le besoin en soins (art. 25a, al. 3 LAMal). Une proposition minoritaire (Leuenberger Ernst, Fetz, Frick, Kuprecht et Ory) pour ce troisième alinéa a souhaité que le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en tenant compte des différences cantonales dans les charges salariales et l'adapte tous les deux ans (selon l'indice utilisé pour le calcul des rentes). Cette proposition ne récolte que 12 voix contre 24 en faveur de la proposition de la majorité.

La Minorité Leuenberger Ernst, Fetz et Ory propose en outre un art. 25a, al. 4 LAMal qui prévoit que « *seuls 20 pour cent des coûts des soins peuvent être mis à la charge des assurés. Les coûts résiduels sont mis à la charge des collectivités publiques* ». Une fois de plus, cette proposition est balayée, ici à 28 voix contre 10.

- Soins aigus et de transition

La CSSS du Conseil national propose d'apporter plusieurs modifications aux décisions du Conseil des Etats. Tout d'abord, elle souhaite modifier l'art. 25a, al. 1 LAMal en précisant que les soins puissent être prescrits dans un « *établissement comprenant des structures de soins ambulatoires de jour et/ou de nuit [...]* ». Ensuite, l'art. 25a, al. 1bis LAMal qui s'inscrit dans la ligne de la proposition de la Minorité Leuenberger de la session précédente, est introduit :

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins aigus et de transition prescrits par un médecin, qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médicosocial. Le Conseil fédéral détermine la durée durant laquelle les coûts sont pris en charge. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de tarifs au temps consacré ou forfaitaires pour ces prestations.

L'art. 25a, al. 2 LAMal est modifié ; on lui ajoute le principe d'une consultation, par le Conseil fédéral, des assureurs-maladies, des fournisseurs de prestations et des organisations de patients, de personnes handicapées et de personnes âgées pour la désignation des soins et la procédure d'évaluation des soins requis. La proposition d'art. 25a, al. 3 LAMal est également modifiée afin de garantir un contrôle de qualité des soins. Cet objet est introduit

avec l'intention de contrebalancer la formulation du Conseil des Etats qui vise l'efficacité et l'économie : « *Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs, selon le besoin en soins. L'investissement selon le besoin en soins pour les soins fournis avec la qualité requise, de manière efficace et bon marché est déterminant* ».

- Adaptation des contributions

La proposition d'art. 25a, al. 4 LAMal se base sur la proposition de la Minorité Leuenberger Ernst, rejetée au Conseil des Etats, qui souhaitait voir la contribution de l'assurance obligatoire des soins adaptée tous les deux ans à l'évolution des salaires et des prix selon l'indice mixte. Ici, le principe d'adaptation se fait selon l'indice mixte qui équivaut à la moyenne arithmétique de l'indice des salaires nominaux et de l'indice suisse des prix à la consommation déterminés par l'Office fédéral de la statistique. Finalement, l'art. 25a, al. 5 LAMal introduit la charge maximale assumée par l'assuré-e à 20% et le report sur le canton des coûts résiduels.

- Participation maximale des assurés

Ce paquet de propositions inscrites à l'art. 25a LAMal est accepté par 95 voix contre 61 qui vont aux propositions de la Minorité Goll (Egerszegi, Fasel, Fehr Jaqueline, Guisan, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher). La minorité souhaitait formuler la charge maximale assumée par la personne assurée ainsi : « *La contribution maximale par mois correspond à la franchise annuelle ordinaire selon la LAMal* » ; ce qui reviendrait à fixer la contribution à 3 600 francs alors que celle de la majorité est estimée à environ Frs. 7 000.- par année et par patient-e.

- Le retour du Conseil des Etats

Tous les changements introduits par le Conseil national sont discutés par le Conseil des Etats lors de la session d'automne 2007. Certains points sont peu, voire pas discutés alors que d'autres font l'objet de divergences qui se retrouveront jusqu'à la séance de conciliation.

Parmi les points peu discutés, on trouve l'art. 25a, al. 2 LAMal, portant sur la fixation par le Conseil fédéral des procédures d'évaluation des soins requis. Le Conseil des Etats souhaite conserver sa formulation et rejette la proposition du Conseil national (consultation des différents acteurs des soins). Ce dernier ne revient plus sur cet objet à la session d'hiver 2007. Le projet d'art. 25a, al. 3 LAMal qui prévoit un contrôle de qualité des soins prodigués est accepté tel quel par le Conseil des Etats. Le projet d'art. 25a, al. 1 LAMal fait l'objet d'allers-retours entre les deux chambres mais il s'agit davantage d'une question de vocabulaire que de différence fondamentale. En effet, le Conseil des Etats ne souhaite pas créer de nouvelle catégorie en employant la notion de « *soins ambulatoires de jour et/ou de nuit* » et opte pour une autre formulation finalement acceptée par le Conseil national au printemps 2008.

Le projet d'art. 25a, al. 5 LAMal suscite davantage de discussions. Il est souvent mentionné comme étant un des points centraux de la révision par les acteurs et actrices politiques tentant de limiter la contribution à charge des assuré-e-s à travers diverses formulations. Le Conseil des Etats accepte la proposition du Conseil national en automne 2007 mais y apporte une modification : « *[...] hauteur de 20 pour cent au maximum de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel* ». Une proposition de minorité (Minorité Fetz, Brunner et Ory) souhaite que la proposition du Conseil national soit acceptée telle quelle. La proposition de la majorité est acceptée à 26 voix contre 12 voix en faveur de la Minorité Fetz. Le Conseil national accepte en hiver 2007 la proposition du Conseil des Etats à 115 voix contre 56. Les 56 voix (groupe parlementaire Vert et Socialiste) étaient en faveur de la proposition de Minorité Schenker, pour l'inscription dans la loi du montant de 7'000 francs par année et par assuré-e. L'intention des promoteurs-trices de cette formule visait à inscrire formellement dans la loi un *montant* maximum et non un *pourcentage*, dans la mesure où cette dernière option peut à tout moment faire augmenter la somme due par les patient-e-s.

- Points de friction

Deux alinéas du projet d'art. 25a, LAMal font l'objet de la conférence de conciliation qui a lieu en fin de processus législatif en juin 2008. Tout d'abord le projet d'art. 25a, al. 1bis LAMal qui concerne la prise en charge des soins aigus et de transition. A la session d'automne 2007, le Conseil des Etats refuse par 26 voix contre 12 d'adopter la proposition du Conseil national. En décembre 2007, une proposition minoritaire issue de la CSSS du Conseil national est soumise au vote et réunit la majorité des voix (116). Cette proposition calque le principe du financement des soins aigus et de transition sur celui du financement hospitalier. Elle est issue des député·e·s Hassler (UDC), Borer (UDC), Bortoluzzi (UDC), Humbel-Näf (PDC), Miesch (UDC), Parmelin (UDC), Robbiani (PDC), Scherer Marcel (UDC), Stahl (UDC), Wehrli (PDC). C'est une proposition des groupes parlementaires PDC (ou CEg) et UDC, suivie par tous les parlementaires de ces groupes, plus les Radicaux-Libéraux.

La majorité de la commission, quant à elle, souhaitait maintenir la proposition adoptée à la session précédente, impliquant le fait que le financement soit assumé en totalité par l'assurance maladie et non partagé entre les cantons et les assurances maladies, comme c'est le cas du financement hospitalier. La proposition de la majorité de la commission, qui remporte 58 voix soit la totalité des voix vertes et socialistes en présence, est donc balayée. A la suite de cela, le Conseil des Etats de la session de printemps 2008 reste sur sa position, malgré des votes serrés (23-18). Au *round* suivant, la CSSS du Conseil national propose de réintroduire la fixation par le Conseil fédéral de la durée de prise en charge des soins aigus et de transition. Cette proposition est acceptée presque à l'unanimité des personnes présentes lors de la séance (168 voix). Notons un refus (le Vert Christian van Singer) et une abstention (l'UDC Jürg Stahl).

Finalement et faute de trouver une majorité pour une proposition dans chacune des deux chambres, la conférence de conciliation a lieu le 5 juin 2008. Cette rencontre débouche sur une proposition de compromis que le Conseil des Etats accepte par 22 voix contre 6 : une solution de couverture sur deux semaines au maximum : « *Les prestations liées aux soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et qui sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de domicile de l'assuré durant deux semaines au maximum et conformément à la réglementation du financement hospitalier. Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de tarifs forfaitaires* ».

- Principe d'adaptation

L'autre alinéa qui suscite des désaccords est celui qui concerne l'adaptation des contributions tous les deux ans (proposition d'art. 25a, al. 4 LAMal). Le Conseil des Etats rejette nettement la proposition du Conseil national, avec 23 voix contre 8 à la session d'automne 2007. En hiver 2007, le Conseil national adopte une proposition de majorité qui modifie le principe d'adaptation (proposition de suivre les coûts de la santé et non le coût des salaires et des prix). Lors de ce débat, la Minorité Loepfe souhaite se rallier au Conseil des Etats (qui ne veut pas introduire cet alinéa), mais n'est pas suivie. La nouvelle formulation l'emporte largement (151-21) : « *Le Conseil fédéral adapte tous les deux ans, au début de l'année civile, la contribution de l'assurance obligatoire à l'évolution des coûts des soins* ». Notons que les Verts, les Radicaux et les Socialistes sont presque unanimement favorables à cette proposition (un refus parmi les Radicaux – Edi Engelberger), alors que les UDC et les Démocrates-Chrétiens comptent des voix dissidentes dans leurs camps. Le conseiller national Démocrate-Chrétien Arthur Loepfe mobilise surtout des UDC (14 voix) et quelques député·e·s de son groupe (6 voix). La proposition individuelle de Loepfe traduit la crainte d'une spirale liée à l'augmentation du volume des soins et donc de celui des coûts pour l'assurance maladie si les contributions sont adaptées (intervention 327). Le Conseiller fédéral Pascal Couchepin argumente également dans ce sens : « *Monsieur Loepfe a naturellement raison – pas toujours, mais dans ce cas là certainement* » (intervention 330). Il n'est toutefois pas suivi par les membres de son parti.

Le Conseil des Etats ne change pas sa position à la session suivante du printemps 2008. La CSSS du Conseil national modifie une deuxième fois sa proposition lors de la session printemps 2008. Elle revient en arrière en proposant d'adapter les contributions à l'évolution de l'indice des prix de la consommation et non plus à l'évolution des coûts des soins. C'est très clairement considéré comme « *un pas vers le Conseil des Etats* » (intervention 367) en vue d'éliminer une des dernières divergences. Les 170 parlementaires présents accordent leur voix à cette proposition. Malgré ces efforts entrepris en direction du Conseil des Etats, cet objet est biffé du projet suite à la conférence de conciliation : parmi les membres du Conseil des Etats, 22 voix contre 6 acceptent de maintenir la situation initiale et de n'inscrire dans la législation aucune adaptation des contributions, la renvoyant à l'appréciation du Conseil fédéral.

Dispositions transitoires

- Fixation du montant des contributions

Les dispositions transitoires entre la législation actuelle et l'entrée en vigueur de la révision sont également un sujet de discordance entre les deux chambres. Le Conseil des Etats introduit l'art. 1a, al. 1 qui prévoit que :

Le montant des contributions aux soins selon l'art. 25a est fixé au départ de telle manière qu'il corresponde à l'ensemble des remboursements effectués pour les soins dispensés sous forme ambulatoire ou dans un établissement médico-social en 200X. Si cette règle ne peut pas être respectée la première année après l'entrée en vigueur, le Conseil fédéral procède aux adaptations nécessaires les années suivantes.

L'art. 1a, al. 2 prévoit que « *Les tarifs et conventions tarifaires valables à l'entrée en vigueur de la présente modification seront portés dans un délai de trois ans au niveau des contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. Les gouvernements cantonaux règlent l'adaptation* ». Ces dispositions sont issues de la préoccupation de freiner les dépenses de la santé. Le Conseil national les rejette deux fois. Au printemps 2008, il accepte unanimement l'art. 1a, al. 2, mais rejette la proposition de premier alinéa. Cet objet est donc discuté dans la séance de conciliation, au profit de la proposition du Conseil des Etats (adoption des art 1a, al. 1 et al. 2).

- Liens avec la réforme de la péréquation financière (RPT)

L'art 1b, al. 2, let. a. concerne la coordination de la LPC et de la LPC-RPT. Cet objet vise à éviter que le séjour dans un home ou dans un hôpital mène à l'aide sociale. En été 2007, ce principe est introduit par le Conseil national, qui reprend les dispositions décidées dans le cadre des articles 3a, 3c et 5 de la LPC. Le Conseil des Etats accepte la proposition mais introduit le bémol suivant : « *ne mène pas, en règle générale, à une dépendance à l'aide sociale* ». ¹⁹ Cette proposition est acceptée par le Conseil national à la session d'hiver 2007.

Le chiffre II concerne la révision de la Loi sur le financement des soins (RS 05.025) et stipule le fait qu'elle est sujette au référendum. Il est précisé que le Conseil fédéral fixe sa date d'entrée en vigueur, en même temps que la réforme de la péréquation financière.

- Conférence de conciliation

Il y a quatre objets qui ont suscité des divergences persistantes entre les deux chambres. La conférence de conciliation a donné lieu à des solutions sensées contenter les deux parties. Toutefois, certain-e-s Conseiller-e-s aux Etats étaient décidé-e-s à recommencer le processus législatif et à refuser la solution de la conférence de conciliation. C'est le cas de la socialiste genevoise Liliane Maury Pasquier : « *Notre rapporteur vous a donné les résultats de ce que je trouve la mal nommée conférence de conciliation et, pour ma part, je m'y opposerai* » (intervention 378). Cinq autres député-e-s votent contre la proposition de la

¹⁹ Nous soulignons.

conciliation, mais cela ne fait pas le poids face aux 22 voix favorables.

- Votes nominatifs et alliances au Conseil national

Les groupes socialistes et Verts votent toujours dans le même sens, même si une voix dissidente parmi les Verts est observable (votes nominatifs n°27 et 586, respectivement Yvonne Gilli et Christian van Singer). A l'occasion du vote (vote nominatif n°26) sur les structures autorisées à prodiguer les soins à charge de la LAMal (la proposition de majorité veut introduire « *l'ambulatoire de jour et/ou de nuit* »), le Groupe Radical-Libéral se joint aux Verts et aux Socialistes et font ainsi opposition aux groupes parlementaires UDC et PDC. Le positionnement du groupe Radical-Libéral fait sans doute pencher la balance en faveur d'une définition qui se veut complète, dans le but de ne pas exclure des prestataires de soin. Par la suite, les divergences seront éliminées et la formulation modifiée.

Un autre cas de figure lors des votes du Conseil national est celui du groupe PDC qui se joint aux groupes des Verts et des Socialistes pour le vote sur la Loi fédérale sur les Prestations complémentaires (LPC, RS 831.30) (vote nominatif n°4566). Ce sont les Démocrates-Chrétiens, bien qu'ils soient partagés, qui font pencher la balance de justesse en faveur de l'inscription dans la loi du principe qui veut que le besoin en soins ne mène pas à l'aide sociale.

RESUME DES VOTES NOMINATIFS - Conseil national

n° de référence du vote	VOTE	ART.	PROPOSITION MAJORITE		PROPOSITION MINORITE		PARTAGE AU SEIN DU GROUPE	REMARQUES												
				voix		voix														
26	Contribution aux soins en EMS et en ambulatoire	LAMal 25a al.1	C/G/R/S/V	95	C/V	75	C (7 voix pour la majorité et 23 pour la minorité) ; V (1 voix pour la majorité et 51 voix pour la minorité)	La proposition de la minorité Humbel Näf est rejetée												
27	Soins aigus et de transition	LAMal 25a al. 1bis	G/S	58	C/G/R/V	116	G (1 voix pour la minorité et 18 voix pour la majorité)	La proposition de la minorité Hassler l'emporte												
28	Contribution maximale des assuré-e-s	LAMal 25a al.5	C/R/V	115	G/S	56		La proposition de la minorité Schencker est rejetée												
29	Adaptation tous les deux ans des contributions	LAMal 25a al.4	C/G/R/S/V	151	C/R/V	21	C (6 voix pour la minorité et 26 pour la majorité) ; R (1 voix pour la minorité et 29 pour la majorité) ; V (14 voix pour la minorité et 39 pour la majorité)	La proposition de la minorité Loeffle est rejetée												
586	suite 27 : soins aigus et de transition	LAMal 25a al.1bis	C/G/R/S/V	168	G	1	G (1 voix pour la minorité et 19 voix pour la majorité)	La proposition du Conseil des Etats (et du Conseil fédéral) est rejetée												
587	suite 29 : Adaptation des contributions tous les deux ans	LAMal 25a al.4	C/G/R/S/V	170				La proposition du Conseil des Etats (et du Conseil fédéral) est rejetée												
588	Dispositions transitoires	la	C/G/R/S/V	171				La proposition du Conseil des Etats (et du Conseil fédéral) est rejetée												
4564	Allocation pour impotents	LAVS/LAI 43 bis	C/G/R/S/E/V	157				Unanimité pour l'entrée en matière												
4565	Seuil de revenus pour la détermination des prestations complémentaires	LPC 3c al.1	C/G/R/S/E/V	157				Unanimité pour l'entrée en matière												
4566	Pas de recours à l'aide sociale pour cause de besoin en soins	LPC 5 al. 3 let.a	C/G/R/S/E	85	C/R/E/V	79	C (18 voix pour la majorité et 7 voix pour la minorité) ; R (2 voix pour la majorité et 27 voix pour la minorité) ; E (3 voix pour la majorité et 1 voix pour la minorité)	La proposition de minorité Hassler est rejetée												
4568	vote sur l'ensemble de la loi entrée en vigueur fixée par le Conseil fédéral		C/G/R/S/E/V	151	R/V	2	R (1 voix pour la minorité et 29 pour la majorité) ; V (1 voix pour la minorité et 36 pour la majorité)													
<p>Légende</p> <table> <tr> <td>C ou Ceg</td> <td>Parti Démocrate-Chrétien /Parti Evangélique /Parti Verts-Libéraux</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>Verts</td> </tr> <tr> <td>R ou R/L</td> <td>Groupe libéral-radical</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>Groupe socialiste</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>Parti Evangélique / Union démocratique fédérale</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>Groupe de l'Union démocratique du centre</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">en gras : part majoritaire du groupe en bleu ciel : part minoritaire du groupe</p>									C ou Ceg	Parti Démocrate-Chrétien /Parti Evangélique /Parti Verts-Libéraux	G	Verts	R ou R/L	Groupe libéral-radical	S	Groupe socialiste	E	Parti Evangélique / Union démocratique fédérale	V	Groupe de l'Union démocratique du centre
C ou Ceg	Parti Démocrate-Chrétien /Parti Evangélique /Parti Verts-Libéraux																			
G	Verts																			
R ou R/L	Groupe libéral-radical																			
S	Groupe socialiste																			
E	Parti Evangélique / Union démocratique fédérale																			
V	Groupe de l'Union démocratique du centre																			

Tableau 49 – Votes du Conseil national pour la Période II (05.025)

De manière générale, lorsque les groupes Verts et Socialistes sont seuls, ils sont minoritaires dans les votations (votes nominatifs n° 27 et 28). Les modifications finalement adoptées sont répertoriées dans le tableau synthétique ci-dessous.

RS 831.10 LAVS - Modifications liées au financement des soins

Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants**Art. 43^{bis} 1 Allocation pour impotent**

¹ Ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave ou moyenne. La rente de vieillesse anticipée est assimilée à la perception d'une rente de vieillesse.

² Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt dès que l'assuré a présenté une impotence grave ou moyenne sans interruption durant une année au moins. Il s'éteint au terme du mois durant lequel les conditions énoncées à l'al. 1 ne sont plus remplies.

³ L'allocation pour impotence grave s'élève à 80 % et celle pour impotence moyenne à 50 % du montant minimum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 5.

Art. 43bis, al. 1, 1re phrase, 1bis, 2 et 3

1 Ont droit à l'allocation pour impotent les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA³) en Suisse, qui présentent une impotence (art. 9 LPGA) grave, moyenne ou faible. ...

1bis Le droit à une allocation pour une impotence faible est supprimé lors d'un séjour dans un home.

2 Le droit à l'allocation pour impotent prend naissance le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées, mais au plus tôt lorsque l'assuré a présenté une impotence grave, moyenne ou faible durant un an au moins sans interruption. ...

3 L'allocation mensuelle pour impotence grave s'élève à 80 %, celle pour impotence moyenne à 50 % et celle pour impotence faible à 20 % du montant minimum de la rente de vieillesse prévu à l'art. 34, al. 5.

RS 831.30 LPC - Modifications liées au financement des soins

Loi fédérale sur les prestations complémentaires

Art. 10 Dépenses reconnues

² Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant dans un home ou un hôpital), les dépenses reconnues comprennent:

- a. la taxe journalière; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital;

Art. 10, al. 2, let. a

2 Pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou dans un hôpital (personnes vivant dans un home ou un hôpital), les dépenses reconnues comprennent :

- a. la taxe journalière; les cantons peuvent fixer la limite maximale des frais à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital; les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médicosocial reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance de l'aide sociale;

Art. 11 Revenus déterminants

¹ Les revenus déterminants comprennent:

[...]

c. un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 25 000 francs pour les personnes seules, 40 000 francs pour les couples et 15 000 francs pour les enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS ou de l'AI; si le bénéficiaire de prestations complémentaires ou une autre personne comprise dans le calcul de la prestation complémentaire est propriétaire d'un immeuble qui sert d'habitation à l'une de ces personnes au moins, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 112 500 francs entre en considération au titre de la fortune;

...

Art. 11, al. 1, let. c, et al. 1bis

1 Les revenus déterminants comprennent :

c. un quinzième de la fortune nette, un dixième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse, dans la mesure où elle dépasse 37 500 francs pour les personnes seules, 60 000 francs pour les couples et 15 000 francs pour les orphelins et les enfants donnant droit à des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI; si le bénéficiaire de prestations complémentaires ou une autre personne comprise dans le calcul de ces prestations est propriétaire d'un immeuble qui sert d'habitation à l'une de ces personnes au moins, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 112 500 francs entre en considération au titre de la fortune;

1bis En dérogation à l'art.1, let. c, seule la valeur de l'immeuble supérieure à 300 000 francs entre en considération au titre de la fortune lorsque l'une des conditions suivantes est remplie :

- a. un couple possède un immeuble qui sert d'habitation à l'un des conjoints tandis que l'autre vit dans un home ou dans un hôpital;
- b. le bénéficiaire d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accident ou de l'assurance militaire vit dans un immeuble lui appartenant ou appartenant à son conjoint.

RS 832.10 Loi fédérale sur l'assurance-maladie - Modifications liées au financement des soins

<p>Art. 25 Prestations générales en cas de maladie</p> <p>¹ L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.</p> <p>² Ces prestations comprennent:</p> <p>a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:</p> <p>1. des médecins,</p> <p>2. des chiropraticiens,</p> <p>3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;</p> <p>...</p> <p>f. le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;</p> <p>g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;</p> <p>...</p>	<p>Art. 25, al. 2, let. a et f</p> <p>2 Ces prestations comprennent:</p> <p>a. les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:</p> <p>1. des médecins,</p> <p>2. des chiropraticiens,</p> <p>3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;</p> <p>...</p> <p>f. <i>abrogée</i></p> <p>...</p>
--	--

Art. 25a Soins en cas de maladie

1 L'assurance obligatoire des soins fournit une contribution aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire, notamment dans des structures de soins de jour ou de nuit, ou dans des établissements médico-sociaux.

2 Les soins aigus et de transition qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital sont rémunérés par l'assurance obligatoire des soins et par le canton de résidence de l'assuré durant deux semaines au plus conformément à la réglementation du financement hospitalier (art. 49a Rémunération des prestations hospitalières⁷). Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent de forfaits.

3 Le Conseil fédéral désigne les soins et fixe la procédure d'évaluation des soins requis.

4 Le Conseil fédéral fixe le montant des contributions en francs en fonction du besoin en soins. Le coût des soins fournis avec la qualité requise et de manière efficace et avantageuse en fonction du besoin est déterminant. Les soins sont soumis à un contrôle de qualité. Le Conseil fédéral fixe les modalités.

5 Les coûts des soins qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales ne peuvent être répercutés sur la personne assurée qu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

[...]

Art. 50 Prise en charge des coûts dans les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire, conformément à l'art. 25a. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

5.3 Matériel issu des travaux au Plénum

Dans ce chapitre, nous pénétrons au sein des débats qui se sont tenus au Plénum, débats ayant porté essentiellement sur le financement des soins. Les analyses présentées ici abordent successivement trois angles d'approches s'inscrivant dans le champ de l'analyse lexicale : Dans un premier temps, nous présentons des éléments relatifs à l'analyse des lexiques, ce qui nous permet de mettre en évidence les mots les plus utilisés ainsi que les personnes les ayant prononcés. Dans un deuxième temps, nous mettons les résultats de l'analyse des lexiques en lien avec l'environnement dans lequel les mots sont prononcés, ce sera l'objet de l'analyse de l'environnement des mots. Finalement, nous présentons une analyse thématique du contenu des débats du Plénum.

Ces trois approches du corpus sont conduites à l'aide du logiciel d'analyses lexicales Sphinx®. Notons que certains des résultats présentés ici sont mentionnés « Hors protocole ». Cela signifie que nous avons exclu du calcul les interventions purement protocolaires afin de « coller » au mieux avec les termes qui sont prononcés lors des débats par les député·e·s.

5.3.1 Analyse lexicale

Sous le volet de l'analyse lexicale, nous présentons le palmarès des mots utilisés par les parlementaires. Puis nous mettons ces mots en correspondance avec les analyses spécifiques (lexiques relatifs, bilan lexical, etc.) avant de présenter les résultats d'analyse lexicale par rapport à certaines variables particulièrement significatives (sexe, groupe politique, etc.).

A propos du corpus étudié

Les textes des débats aux Chambres fédérales traitant des Périodes II et I représentent seize sessions, dix pour la Période II (05.025) et six pour la Période I (04.031). Mises bout à bout, les sessions représentent environ 350 pages de texte standard (format Word®). Ces textes épurés des éléments protocolaires et donc prêts à être insérés dans le logiciel d'analyse lexicale Sphinx® forment un corpus de 180 pages de texte en ligne (format .txt) et qui se trouvent dans l'annexe CD-rom.

Une fois les textes épurés des « mots outils » et autres termes (éliminés de l'analyse), il reste 10'851 mots pour 379 interventions parlementaires (le logiciel Sphinx® utilise le terme « observations » pour qualifier ces dernières).

Les termes présents dans le corpus analysé

Le terme arrivant en tête pour ce qui est de la fréquence dans l'entier du corpus est le terme 'soins' (pluriel / singulier / allemand / français) avec 471 occurrences présentes dans 128 interventions.

Suit en deuxième position le terme 'coûts' avec 463 occurrences présentes dans 159 interventions ; puis en quatrième position le terme 'Conseil fédéral' avec 331 occurrences dans 161 interventions et en septième position le terme 'cantons' (291 occurrences/ 117 interventions) et en dixième position le terme 'francs' (243 occurrences/ 78 interventions).

D'autres termes qui ne sont toutefois pas des mots outils sont très présents ('commission' en deuxième position, 'minorité' et 'majorité' respectivement en cinquième et sixième position, 'proposition' en huitième position) sont des termes que nous rattachons plutôt au déroulement protocolaire des séances des deux Conseils. Nous ne les retenons à priori pas comme éléments ajoutant du sens à nos interprétations.

Notons également que le terme 'patient' ou ses équivalents alémanique, pluriel et féminin, arrive en douzième position avec 208 occurrences se retrouvant dans 69 interventions. Ce terme est directement suivi de celui de 'maladie' avec 194 apparitions présentes dans 75

interventions de parlementaires.

Si on ne considère que les interventions des parlementaires dans les débats, à l'exclusion des interventions relevant du protocole, le classement évoqué ci-dessus est quelque peu modifié. C'est notamment l'ordre des deux termes du duo de tête qui sont inversés. Le terme 'coûts' passe en première position avec 445 apparitions dans 148 interventions. Il est directement suivi du terme 'soins' qui n'a plus que 443 occurrences dans 116 interventions.

	y.c. protocole	Hors protocole
#soins ²⁰	471	443
#coûts	463	445
#cantons	291	292
#assurances	256	287
#système	239	239
#patients	208	220
#maladie	194	203
#solutions	188	188
#contribution	151	171
#financement_des_soins	122	138
#santé	121	117
Spitex ²¹	111	113
#assureurs	104	92
#soins_de_transition	92	88
#fournisseur_de_prestations	84	68
#neutralité_des_coûts	35	35
#Confédération	34	32

Tableau 50 – Liste des mots pertinents et leur nombre d'occurrences avec / sans protocole

²⁰ Le signe « # » indique que le mot est associé, dans le cadre de l'analyse lexicale avec le logiciel Sphinx®, à d'autres termes de même racine, par exemple 'soin', 'soins' et 'Pflege'. Les termes reliés par les signes « _ » ont été associés dans le cadre de l'analyse lexicale avec le logiciel Sphinx®. Ce sont les équivalents français de mots composés allemands : 'financement_des_soins' versus 'Pflegefiananzierung'

²¹ Le terme 'Spitex' est issu de la langue allemande (Spitaleexterne) mais est passé en français dans le langage professionnel courant. C'est pourquoi nous n'avons pas pu le traduire et l'associer à un équivalent français. Il est dès lors possible que cette différence de résultat soit expliquée par cette difficulté.

A ce stade de l'analyse, nous avons identifié dix-sept « termes pertinents » qualifiés comme tels à partir d'un triple constat :

- Nombreuses occurrences dans les interventions parlementaires.
- Importance du sens de ces termes en regard de la problématique.
- Pendant d'un terme retenu (santé – maladie, etc.).

Lexiques relatifs

Sphinx® appelle « lexique relatif » l'examen de la fréquence des mots situés avant et après un terme défini. Il met également ce résultat en rapport avec la fréquence d'apparition du mot dans l'entier du corpus (nombre absolu et pourcentage).

- Le mot 'soins' :

Lorsque l'on considère le lexique relatif au mot soins (+/- 2), les termes les plus fréquents précédant le mot 'soins' sont 'obligatoire' et 'assurance' (respectivement 47 et 46 occurrences). Dans ces cas, le mot 'soins' est prononcé en lien avec la notion d'assurance obligatoire des soins.

Toujours dans le registre des termes précédant le mot 'soins', nous trouvons juste après les ceux évoqués précédemment, la notion de 'coûts' avec 45 occurrences. Puis viennent les notions de 'contribution' (21 occurrences), de 'besoin' (18 occurrences) et de 'prestations' (15 occurrences).

En ce qui concerne les termes les plus fréquents suivant le mot 'soins' on trouve les mots 'domicile' (31 occurrences), 'dispensé' (21 occurrences), 'Hause'²² (15 occurrences), 'charge' (10 occurrences), 'base' (9 occurrences) et 'maladie' (8 occurrences).

Commentaires : le terme 'soins' est un qualificatif pour les mots le précédent alors qu'il est plutôt modulé par les termes qui le suivent. On le trouve ainsi associé à des termes à connotation économique et organisationnelle (coûts, prestataires, contribution, etc.). Les termes qui le décrivent sont plus liés à la nature des soins eux-mêmes (base, maladie, maison, etc.). Nous reviendrons sur le mot 'soins' ainsi que sur les autres mots présentés ci-après dans la section traitant de l'analyse de l'environnement des mots.

- Le mot 'coûts' :

Les mots précédant 'coûts' (+/- 2) sont 'augmentation' et 'charge' avec tous les deux 15 occurrences, 'prise' (11 occurrences) et 'évolution' avec 10 occurrences.

Les mots suivant la notion de 'coûts' sont, dans l'ordre de fréquences, 'soins' avec 39 occurrences, 'santé' (16 occurrences), 'charge' et 'supplémentaires' (14 occurrences), 'assurance' (13 occurrence) et 'résiduels' avec seulement 9 occurrences mais un 100% d'association au mot 'coûts'.

Ce premier constat nous laisse penser qu'avec les mots le précédant, le terme 'coûts' est globalement perçu comme une charge à porter, une charge en évolution dans la direction d'une augmentation. Avec les mots qui le suivent, 'coûts' est essentiellement rattaché aux notions de 'soins' et 'santé' vus comme des charges supplémentaires et résiduelles à absorber.

- La notion de 'financement des soins' :

Autour du groupe de mots 'financement des soins', on retrouve dans les termes précédents (+/-2) les mots 'nouveau' et 'régime' (23 occurrences) et 'Neuordnung'²³ (15 occurrences). Dans ceux qui suivent, on a 'Conseil fédéral', 'doit' et 'geregelt'²⁴, mais tous avec des occurrences faibles (3) et un pourcentage par rapport à leur apparition dans l'entier du

²² Notre traduction : maisons.

²³ Notre traduction : nouvelle ordonnance.

²⁴ Notre traduction : réglé.

corpus également faible. Il est donc difficile d'en tenir réellement compte ici.

Il est toutefois possible d'en déduire un rattachement fort de la notion de 'financement des soins' aux aspects réglementaires et à la mécanique politico-législative.

Liste des mots spécifiques & Bilan par contexte

Dans la liste des mots spécifiques, le logiciel Sphinx® met en évidence la fréquence des mots en fonctions de variables choisies (par exemple 'sexe', 'groupe', etc.).

Il est intéressant de présenter le résultat de cette analyse par variable en lien avec l'analyse du bilan par contexte. Sous le volet 'Bilan par contexte', le logiciel Sphinx® met en évidence un certain nombre d'éléments relatifs aux corpus déterminés en fonction d'une variable choisie. Nous retenons principalement :

- Les effectifs en fonction des modalités de la variable (nombre d'interventions par modalités).
- Le pourcentage de corpus représenté par les réponses en fonction des modalités de la variable.
- Différents éléments mettant en évidence la variété du vocabulaire des interventions (mesure de la richesse).
- La comparaison de la part du corpus relatif à une modalité d'une variable avec la part du corpus relatif à une autre modalité (recouvrement des corpus).

Variable « Sexe » :

Les 121 interventions féminines représentent un volume équivalent au 40.4% du corpus des textes étudiés. Les 181 interventions masculines représentent un volume de 53.9% du corpus. Le solde est composé d'éléments protocolaires. Avec une longueur moyenne 178.6 mots, Les interventions féminines sont en moyenne plus importantes que les interventions masculines (159.2 mots).

En comparant les mots prononcés par les femmes et les hommes, différents éléments sont à prendre en compte : le nombre d'apparitions des termes ressortant du décompte ainsi que la position relative des termes les uns en regard des autres.

Les mots prononcés par les femmes et hommes sont relativement semblables. Pour ce qui est des apparitions les plus nombreuses, un certain nombre de termes apparaissent tant chez les femmes que chez les hommes. Ils sont d'ordre politico-législatif et il semble de ce fait logique que l'on observe une certaine équivalence dans leur vocabulaire respectif. Par exemple le mot 'commission' arrive en troisième position d'apparition avec un score de 194 chez les femmes et de 202 chez les hommes. Le rang est également relativement équivalent pour le terme 'Conseil fédéral' avec 121 apparitions chez les femmes et 171 chez les hommes ou encore 'cantons' avec 119 et 168 apparitions pour respectivement les femmes et les hommes.

Retenons également au passage que la 'maladie' est plus présente que la 'santé' tant chez les femmes que chez les hommes. Si l'on considère l'indice de spécificité²⁵, le terme 'maladie' est proportionnel au nombre de mots prononcés chez les femmes (indice à 1.01 dans le tableau 51) alors qu'il est plus bas chez les hommes (indice à 0.94).

Une attention soutenue sur les différences de rangs laisse apparaître quelques éléments intéressants. Les mots 'soins' et 'coûts' apparaissent en tête des termes prononcés par les femmes et les hommes, mais les scores sont inversés quant au nombre d'apparitions de ces deux termes en fonction des sexes.

²⁵ Indice de spécificité : Rapport entre le nombre d'utilisations observées d'un terme et le nombre théorique d'utilisations du terme tel qu'il résulterait d'un emploi par la modalité de la variable observée. Les termes surreprésentés par une modalité ont un indice supérieur à 1, et les termes sous-représentés ont un indice inférieur à 1.

Femmes			Hommes		
Position	Mot	Apparitions (Ind.)	Position	Mot	Apparitions (Ind.)
14	maladie	79 (1.01)	16	maladie	92 (0.88)
27	santé	54 (1.10)	30	santé	63 (0.97)

Tableau 51 – Rang des termes 'santé' et 'maladie' selon la variable « Sexe » et Indice de spéc.

Si l'on considère l'indice de spécificité de ces deux termes selon la variable « Sexe », (tableau 53), il est possible de nuancer quelque peu ce premier niveau de constat. Le terme 'soins' est surreprésenté dans le discours des femmes (indice à 1.21) et il est sous représenté dans le discours des hommes (indice à 0.84). D'une manière différente en ce qui concerne le terme 'coûts', on a un indice de 1.08 pour les femmes, ce qui dénote d'une légère surreprésentation du terme et un indice de 0.94 pour les hommes (très légère sous-représentation).

Femmes			Hommes		
Position	Mot	Apparitions	Position	Mot	Apparitions
1	soins	230 (1.21)	2	soins	213 (0.84)
2	coûts	205 (1.10)	1	coûts	240 (0.96)

Tableau 52 – Rang des termes 'soins' et 'coûts' selon la variable « Sexe » et Indice de spéc.

Le terme 'patient' apparaît dans le peloton de tête des termes prononcés par les femmes en quatrième position avec 147 apparitions alors qu'il ne ressort qu'en 37^{ème} position des termes prononcés par les hommes avec 56 apparitions. Ici, les indices de spécificité sont très divergents : 1.75 pour les femmes et 0.5 pour les hommes. Les deux sexes semblent faire appel de manière très différente à ce terme.

Les termes 'LAMal' et 'Krankenversicherung'²⁶ sont nettement plus prononcés par les femmes que par les hommes. A l'inverse, les termes 'système' et 'solution' sont plus l'apanage du vocabulaire des hommes.

Femmes			Hommes		
Position	Mot	Apparitions (Ind.)	Position	Mot	Apparitions (Ind.)
4	Patients	147 (1.75)	37	Patients	56 (0.50)
9	LAMal	95 (1.51)	35	LAMal	58 (0.69)
30	Kranken- versicherung	52 (1.53)	159	Kranken- versicherung	24 (0.53)
37	solution	47 (0.62)	9	solution	141 (1.39)
43	système	42 (0.43)	4	système	197 (1.53)

Tableau 53 – Rang des termes 'LAMal', 'Krankenversicherung', 'solution' et 'système' selon la variable « Sexe » et Indice de spécificité

²⁶ Notre traduction : assurance maladie.

D'autres différences sont plus difficiles à interpréter. Par exemple le terme 'contribution' apparaît en 17^{ème} position chez les femmes (68 apparitions) et en 25^{ème} position chez les hommes (70 apparitions) ; l'indice de spécificité montre une surreprésentation du terme dans les discours des femmes (indice = 1.15) et une sous-représentation dans les discours des hommes (indice = 0.89) ; on trouve encore le terme 'Spitex' en 28^{ème} position (53 apparitions) chez les femmes et 34^{ème} position avec 58 apparitions chez les hommes et un indice de spécificité de 1.11 pour les femmes et de 0.91 pour les hommes.

En considérant l'analyse factorielle des correspondances²⁷ et le tableau présentant l'indice de spécificité entre les modalités de la variable « Sexe » et les dix-sept termes choisis du

MOTS / CAT	F	M
#soins	1.21	0.84
#coûts	1.08	0.94
#patients	1.69	0.48
#maladie	1.08	0.94
#contribution	1.15	0.89
#financement_des_soins	1.30	0.77
#santé	1.08	0.94
#assureurs	1.38	0.72
#neutralité_des_coûts	1.27	0.80
#fournisseur_de_prestations	1.17	0.87
Spitex	1.11	0.91
#cantons	0.97	1.02
#assurances	0.94	1.04
#soins_de_transition	0.96	1.03
#système	0.41	1.44
#solutions	0.58	1.31
#Confédération	0.58	1.31

Indice faible < 0.94	Indice fort > 1.06
----------------------	--------------------

Tableau 54 – Indice de spécificité – Mots pertinents x variable « Sexe » – Hors protocole

²⁷ Pour interpréter les figures présentées dans le cadre de l'Analyse factorielle des correspondances, il faut considérer la taille des éléments du tableau relativement à leur importance numérique, la proximité des éléments les uns par rapport aux autres. La proximité correspond à l'angle d'une droite reliant le point déterminé par la modalité de chacune des variables considérées et l'origine des axes. Plus l'angle entre les deux droites est aigu, plus la proximité est forte. A l'inverse, plus l'angle est obtus, plus la distance est à considérer comme importante.

corpus, il apparaît un certain nombre d'éléments intéressants (voir Figure 2 – Analyse factorielle des correspondances entre quelques termes et la variable « Sexe » et Tableau 54 – Indice de spécificité).

Un premier élément vient corroborer les constats précédents : les deux sexes font un usage différent de certains mots, ce qui ressort à l'examen des indices pour onze des dix-sept termes retenus dans cette analyse. Cette différenciation se retrouve dans le positionnement éloigné des modalités 'Homme' et 'Femme' sur l'axe horizontal de la figure présentant l'analyse factorielle des correspondances. L'axe horizontal est fortement explicatif de la « Sexe » avec un indice de 66.63%. Le test statistique chi2 indique une dépendance très significative des résultats pour les termes 'systèmes', 'patients' et 'solutions' (voir le tableau 55 ci-dessous).

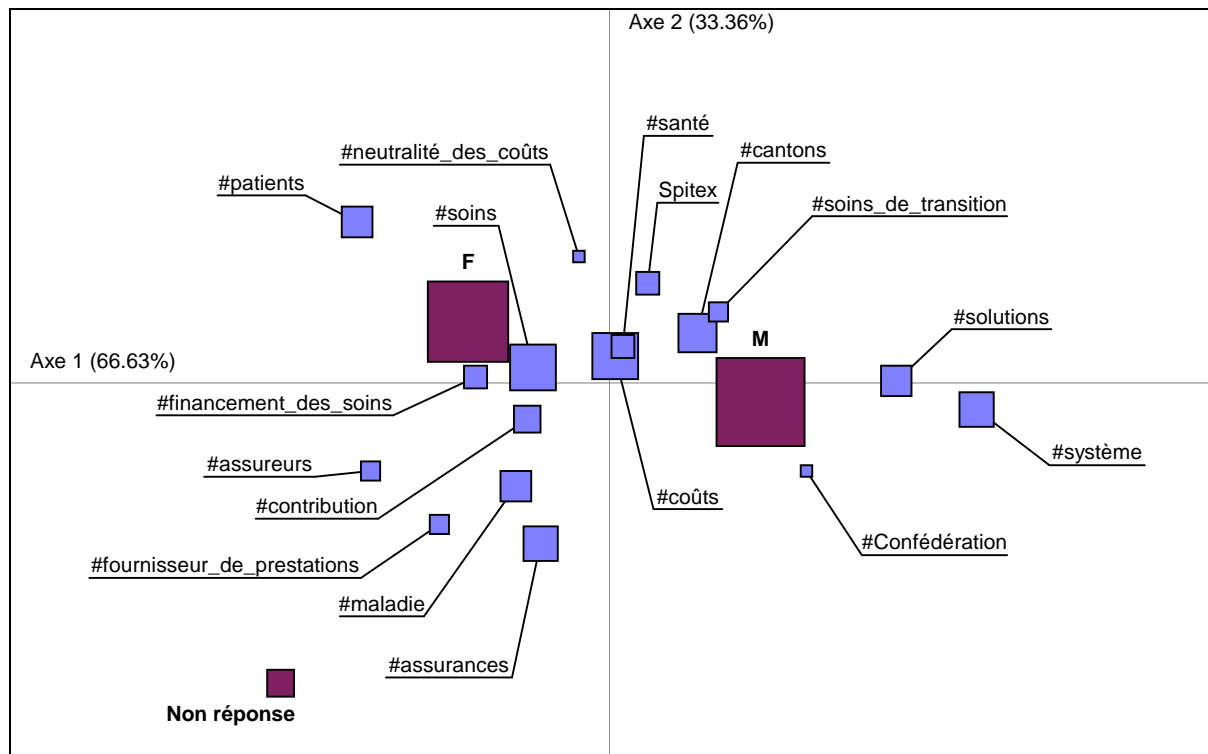


Figure 2 – Analyse factorielle des correspondances entre quelques termes et la variable « Sexe » (avec protocole)

De prime abord, il est intéressant de noter que les termes 'santé' et 'coûts' sont à une relative équidistance des modalités 'Femme' et 'Homme', avec les nuances déjà évoquées plus haut. Le même raisonnement peut être appliqué au terme 'maladie' qui n'est rattaché ni aux termes prononcés par les femmes, ni à ceux prononcés par les hommes. Il est possible d'en déduire un équilibre relatif dans la place prise par ces deux termes dans les discours des femmes et des hommes.

Du côté de la modalité 'Homme', on constate que les termes 'solutions' et 'systèmes' sont fréquemment prononcés par les hommes avec un indice de significativité important, tout comme celui de 'Confédération' et, dans une mesure moindre, celui de 'cantons'. A l'inverse, le terme 'patient' est, parmi les termes retenus ici, celui qui est le moins présent dans le discours des hommes (validité statistique importante).

En considérant la partie gauche du schéma, c'est le terme 'soins' qui semble le plus proche des termes prononcés par les femmes. Les termes 'patient' et 'contribution' sont également proches des femmes. A un degré moindre, les termes 'assureurs' et 'neutralité des coûts' sont relativement plus présents dans le discours des femmes que dans celui des hommes.

En résumé, les hommes prononcent plutôt des termes à connotation systémique ou

organisationnelle. Lorsqu'ils nomment des acteurs ou actrices du système sanitaire, ce sont le plus souvent des acteurs institutionnels comme la Confédération. A l'inverse, les termes présents dans le discours des femmes empruntent généralement un registre qualitatif au sens large. Les acteurs et actrices nommés sont plutôt des organisations ou groupes de personnes que des entités étatiques.

A ce stade, notons que ces considérations ne préjugent en rien du sens négatif ou positif dans lequel les termes sont utilisés.

MOTS / CAT	Non réponse	F	M	TOTAL
#soins	+0	+1	-1	471
#coûts	-1	+0	+0	463
#cantons	-2	+0	+1	291
#assurances	+11	-1	+0	256
#système	-4	-10	+12	239
#patients	-1	+11	-7	208
#maladie	+4	+0	+0	194
#solutions	-3	-4	+5	188
#contribution	+1	+0	+0	151
#financement_des_soins	+0	+1	-1	122
#santé	+0	+0	+0	121
Spitex	-2	+0	+0	111
#assureurs	+4	+0	-2	102
#soins_de_transition	-1	+0	+0	92
#fournisseur_de_prestations	+4	+0	+0	80
#neutralité_des_coûts	-1	+0	+0	35
#Confédération	+0	-1	+1	34
TOTAL	168	1347	1643	3158

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 346.78$, ddl = 32, $1-p = >99.99\%$. Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages χ^2 partiel / χ^2 total. Le signe représente l'écart à l'indépendance.

Tableau 55 – Test d'indépendance χ^2 – Analyse factorielle des correspondances

Variable « Groupe » :

La variable « Groupe » a pour modalités les différents groupes parlementaires du Parlement. Ceux-ci sont composés de partis ou d'associations de partis au nombre de six que nous avons regroupés sous les appellations suivantes : Extrême gauche, Verts, Socialistes, Démocrates-Chrétiens, Radicaux-Libéraux, UDC (certaines dénominations se sont modifiées lors du changement de législature).

L'analyse « Bilan par contexte » du logiciel Sphinx® met en évidence la place prise par les interventions des tenant-e-s des différents groupes parlementaires. Les écarts dans la place prise par les différents groupes sont importantes. De sept interventions avec 2.8% du corpus étudié pour le groupe 'Extrême gauche', on arrive à un score de 120 interventions pour le groupe des 'Radicaux-Libéraux' occupant 40.8% du corpus. Les interventions des Verts sont relativement peu nombreuses (10 interventions pour 3.8% du corpus). Viennent ensuite les interventions de l'UDC nettement plus nombreuses (46 interventions) mais avec un espace occupé dans le corpus relativement restreint (9.8% du corpus). Les interventions des Socialistes et des Démocrates-Chrétiens se tiennent avec 66 interventions pour les uns (24.6% du corpus) et 53 interventions pour les autres (17.2% du corpus).

Le mot le plus fréquent pour chacun des groupes varie. 'Santé' pour le groupe Extrême gauche, 'coûts' pour les groupes Verts et Radicaux-Libéraux, 'soins' pour les groupes Socialistes et Démocrates-Chrétiens. Le groupe UDC a comme mot le plus fréquent, un terme que l'on peut attribuer à l'organisation politico-législative du déroulement des sessions, soit le mot 'commission'.

'Texte' x 'Groupe' : Bilan pour chaque modalité							
	Non rép.	Extrême gauche	Verts	Socialistes	Démocrate-chrétiens	Rad-libér.	UDC
Interventions	77	7	10	66	53	120	46
Pourcentage du corpus	0.00%	2.80%	3.80%	24.60%	17.20%	40.80%	9.80%
Mot le plus fréquent	AI	#santé	#coûts	#soins	#soins	#coûts	#commission
Fréquence de ce mot	0	14	19	147	80	190	53

Tableau 56 – Bilan par contexte – variable « Groupe » – Hors protocole

L'examen du recouvrement du corpus montre le pourcentage de mots du discours d'un groupe que l'on retrouve dans les discours des autres groupes. Cette analyse menée entre les groupes politiques met en évidence un certain nombre de différences. Premièrement, le fait que le discours du groupe de l'Extrême gauche a un recouvrement faible par rapport aux discours de tous les autres groupes. Étonnamment, ce groupe atteint son recouvrement le plus important (30.10%) par rapport au discours du groupe des Radicaux-Libéraux, un peu moins important avec le groupe des Socialistes (27.20%) et un recouvrement extrêmement faible par rapport au discours du groupe des Verts (6.80%). Autre source d'étonnement, le recouvrement avec le groupe de l'autre extrême, le groupe UDC est tout de même de 17.90%.

	Non rép.	Extrême gauche	Verts	Socialistes	Démocrate-chrétiens	Rad-libér.	UDC
'Non réponse'	*	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
'Extrême gauche'	--	*	6.80%	27.20%	13.00%	30.10%	17.90%
'Verts'	--	7.10%	*	29.40%	41.80%	22.80%	38.90%
'Socialistes'	--	63.20%	68.80%	*	70.00%	70.40%	71.40%
'Démocrates-chrétiens'	--	39.30%	69.10%	61.80%	*	56.40%	66.30%
'Radicaux-libéraux'	--	74.20%	69.70%	77.70%	75.10%	*	75.40%
'UDC'	--	39.10%	59.10%	55.10%	58.60%	50.10%	*

Faible 0 – 29%	Faible-moyen 30 – 49 %	Moyen 50 – 64 %	Important 65 – 100%
----------------	------------------------	-----------------	---------------------

Tableau 57 – Recouvrement des corpus – Variable « Groupe » – Hors protocole

Le groupe des Verts, autre groupe relativement peu représenté dans notre corpus présente également des scores étonnants. Pour ce groupe, les deux recouvrements de discours les plus importants, que l'on peut qualifier toutefois de faibles à moyens, sont ceux de deux groupes issus de la droite : avec le groupe des Démocrates-Chrétiens (41.80%) et avec le groupe UDC (38.90%).

A l'autre extrême de l'échiquier politique, le groupe UDC a un recouvrement des corpus moyen et relativement constant par rapport aux autres groupes. Il va de 39.30% vis-à-vis du groupe de l'Extrême gauche à 39.10% par rapport au groupe des Verts. Il se situe à plus de 50% pour les autres groupes.

Le groupe des Démocrates-Chrétiens a un recouvrement moyen à important des autres groupes, à l'exception toutefois d'un recouvrement faible à moyen vis-à-vis du groupe de

l'Extrême gauche.

Reste à considérer un ensemble de groupes que l'on peut qualifier de relativement homogène, soit l'ensemble des groupes Socialistes et Radicaux-Libéraux. Le recouvrement de leurs corpus est plutôt important. Le groupe des Radicaux-Libéraux a un recouvrement important avec tous les autres groupes.

Dans ce qui vient d'être évoqué, il est frappant de constater qu'en considérant les trois grands groupes du Parlement (Socialistes, Démocrates-Chrétiens et Radicaux-Libéraux) on trouve des discours qui se ressemblent passablement entre eux comme dans les discours des autres partis (groupes Verts et UDC). A l'inverse, les groupes marginaux, voire plus petits, ont des discours qui se démarquent beaucoup de ceux des autres partis. Ce phénomène est-il dû à la nécessité de se démarquer lorsque l'on est dans les extrêmes ou à la marge des centres de décisions ? Se pose alors la question de l'effet d'un positionnement pour les groupes marginaux hors des sentiers battus.

Pour quitter le niveau du discours global et se placer au niveau des mots utilisés nous recourons à l'analyse factorielle des correspondances (AFC). La figure 3 qui croise les groupes avec les termes pertinents de notre étude montre une répartition correspondant presque à l'échiquier classique gauche-droite. Les trois partis de droite sont relativement proches et, de manière surprenante, côtoient le groupe des Verts. Sur la partie gauche du graphique, on trouve les groupes Extrême gauche et Socialistes.

Si l'on considère tant le tableau relatif aux indices de spécificité des différents termes que le graphique de l'analyse factorielle des correspondances (tableau 58 et figure 3), on observe des différences dans les termes utilisés par les différents groupes sont observables.

Le terme 'soins' est très peu présent dans le discours des représentant-e-s des Verts et de l'UDC. S'il est proche de la moyenne du corpus chez les membres des groupes Extrême gauche, Démocrates-Chrétiens et Radicaux-Libéraux, il est sur-représenté dans les interventions des parlementaires du groupe Socialiste.

Le terme le plus représenté au sein des discours de groupes parlementaires est le terme 'patients' avec un indice de spécificité de 1.78 dans les discours de l'Extrême gauche, de 1.76 chez les Démocrates-Chrétiens et de 1.58 chez les socialistes. A l'inverse, il est sous-représenté dans les discours des membres du groupe UDC et, étonnamment, il est encore moins représenté chez les membres du groupe des Radicaux-Libéraux. Pour ce terme, le test du chi² est particulièrement significatif pour les Socialistes, Démocrates-chrétiens et Radicaux-Libéraux.

Le terme 'maladie' est très présent dans les discours des groupes Extrême gauche et Socialistes, absent chez le groupe des Verts, presque absent dans le groupe UDC, peu représenté chez les Démocrates-Chrétiens et dans la moyenne chez les Radicaux-Libéraux.

Sur le plan du sens, son pendant, le terme 'santé' est surreprésenté dans le discours de l'Extrême gauche (record avec un indice – très significatif – de spécificité de 4.32). Il est un peu au-dessus de la moyenne pour le groupe des Radicaux-Libéraux, dans la moyenne pour le groupe des Socialistes et faiblement présent dans les discours des autres groupes.

Les termes 'solution', 'système', 'contribution', 'neutralité des coûts' visent à la mise en place d'une nouvelle organisation du financement des soins. Ces termes sont plus représentés dans les discours des partis de la droite alors qu'ils sont soit sous-représentés dans ceux des partis de gauche, soit carrément absents. Les discours des Radicaux-Libéraux sont des porteurs forts de cette terminologie organisationnelle, suivis de ceux des Démocrates-Chrétiens puis des UDC. A l'extrême gauche, il semble que l'on exprime moins la préoccupation de trouver une solution au problème qui est défini. Le discours porte-t-il plutôt sur la définition elle-même du problème ? C'est ce que l'on pourrait penser en considérant l'usage qui est fait des termes 'santé' et 'maladie'.

En considérant les termes qualifiant les acteurs-trices du système sanitaire, nous avons

retenu 'patients', 'assureurs', 'fournisseurs de prestations', 'cantons', 'Confédération' et 'Spitex'. Le terme 'assureurs' est intéressant car il est un des termes les plus présents dans le discours du groupe Extrême gauche (indice de spécificité de 4.51 très significatif). Paradoxalement, il est sous-représenté dans le discours du groupe Radicaux-Libéraux pourtant, comme nous l'avons vu, très proches de ce groupe de pression (indice de spécificité de 0.50 significatif) S'agit-il dès lors pour ce groupe de taire au maximum les liens qui les unissent avec les assureurs ou d'éviter de se référer à un groupement qui n'a pas forcément un capital de sympathie important auprès de la population ? Et à l'inverse pour l'Extrême gauche, y a-t-il une intention de dénoncer des collusions entre les assureurs et d'autres groupes ?

	Non rép.	Extrême gauche	Verts	Socialistes	Démocrate-chrétiens	Rad-libér.	UDC
#soins	-	0.98	0.60	1.35	0.99	0.96	0.46
#coûts	-	0.81	1.14	1.06	0.81	1.05	1.00
#financement des soins	-	0.64	0.47	1.30	1.36	0.82	0.63
#patients	-	1.78	0.52	1.58	1.76	0.36	0.75
#maladie	-	2.53	-	1.52	0.42	1.16	0.06
#santé	-	4.32	0.23	1.01	0.33	1.26	0.52
#solutions	-	-	0.57	0.89	0.82	1.19	1.30
#système	-	0.45	-	0.43	0.94	1.50	1.02
#contribution	-	0.26	0.19	0.74	1.59	1.12	0.59
#neutralité des coûts	-	-	-	0.70	2.04	1.12	-
Spitex	-	-	1.44	1.14	1.68	0.68	0.82
#assureurs	-	4.51	-	1.39	1.18	0.50	1.16
#assurances	-	1.48	-	1.46	0.50	1.18	0.28
#fournisseur de prestations	-	1.59	0.39	1.20	0.89	0.97	0.90
#cantons	-	0.38	0.74	0.65	1.22	1.15	1.10
#Confédération	-	-	1.66	0.76	1.20	1.15	0.64
#soins de transition	-	-	0.29	0.53	2.98	0.53	0.99

Indice faible < 0.94	Indice moyen 0.95 < x < 1.05	Indice fort > 1.05
----------------------	------------------------------	--------------------

Tableau 58 – Indice de spécificité – Mots pertinents x variable « Groupe » – Hors protocole

Ces considérations peuvent être étayées par le schéma présentant l'analyse factorielle des correspondances (voir figure 3 ci-dessous). On peut y constater la proximité des discours entre la plupart des groupes, à l'exception du groupe de l'Extrême gauche, qui est clairement à part. Les autres sont relativement centrés, mais positionnés différemment les uns par

rapport aux autres. Une première source d'étonnement tient dans le positionnement du groupe des Verts dont les mots du discours sont plutôt proches de ceux utilisés dans le discours des groupes des représentant-e-s de la droite de l'échiquier politique.

En allant plus dans les détails, tout se passe comme si on avait trois groupes distincts au niveau de l'usage des termes : le groupe Socialistes avec un discours imprégné des mots 'soins' et 'fournisseurs de prestations', les groupes Radicaux-Libéraux et UDC utilisant une terminologie organisationnelle et la notion de 'coûts', et un dernier groupe composé des Démocrates-Chrétiens et des Verts avec un discours moins caractérisé par des termes particuliers, si ce n'est des notions de 'neutralité des coûts', de 'soins de transition' et de 'Spitex'. Notons au passage la superposition de l'UDC avec le terme 'cantons' et 'Confédération'. Doit-on y voir un ancrage politique fort ?

La notion de 'neutralité des coûts' revient passablement dans les discours des groupes Démocrates-Chrétiens, Verts et UDC. Il faudrait vérifier si le sens en est le même pour tous ces groupes.

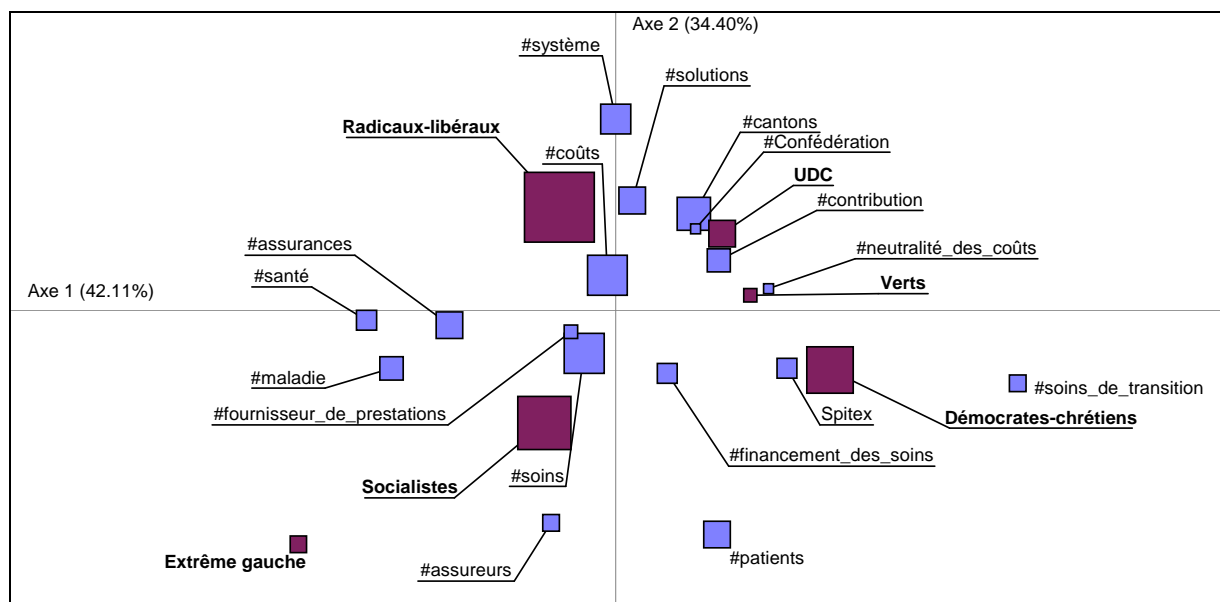


Figure 3 – Analyse factorielle des correspondances - Mots pertinents x 'Groupes' – Hors protocole

Sur le plan du sens des mots utilisés, la superposition de 'contribution' à celle de 'coûts' peut sembler logique de prime abord. Elle confirme en tout cas le lien qui est fait entre ces deux notions dans les discours.

En résumé et à ce stade de notre étude en intégrant les éléments mis en évidence dans l'analyse lexicale de la variable « Sexe », on peut voir émerger deux figures fortes dans les discours : le premier discours, que l'on pourrait qualifier de « femmes de gauche » (groupe Socialiste), est imprégné des termes 'soins' et 'fournisseurs de prestations' ; un second type de discours, celui des « hommes de droite », très porté sur les aspects systémiques et organisationnels des réformes en cours. Les discours des groupes Démocrates-Chrétiens et Verts sont intéressants car ils ne se distinguent pas vraiment, et les deux ont un recouvrement mutuel assez important.

MOTS / CAT	Extrême gauche	Verts	Socialistes	Démocrates -chrétiens	Radicaux-libéraux	UDC	TOTAL
#coûts	+0	+2	+0	-1	+0	+1	445
#soins	+0	+0	+1	+0	+0	-1	443
#cantons	-1	+0	-2	+0	+0	+1	287
#système	+0	-1	-4	+0	+4	+0	239
#assurances	+0	-1	+1	-2	+0	-1	220
#patients	+0	+0	+2	+3	-7	+0	203
#solutions	-1	+0	+0	+0	+0	+1	188
#maladie	+2	-1	+1	-2	+0	-2	171
#contribution	+0	+0	-1	+1	+0	+0	138
#santé	+6	+0	+0	-2	+1	+0	117
#financement_des_soins	+0	+0	+0	+0	+0	+0	113
Spitex	-1	+1	+0	+1	-1	+0	111
#soins_de_transition	-1	+0	-1	+11	-2	+0	92
#assureurs	+5	+0	+0	+0	-2	+0	88
#fournisseur_de_prestations	+0	+0	+0	+0	+0	+0	68
#neutralité_des_coûts	+0	+0	+0	+1	+0	+0	35
#Confédération	+0	+1	+0	+0	+0	+0	32
#conférence_de_conciliation	+0	+0	+0	+4	-1	+0	8
TOTAL	90	59	793	593	1241	222	2998

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 523.68$, $ddl = 85$, $1-p = >99.99\%$. Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique. Attention, 31 (28.7%) cases ont un effectif théorique inférieur à 5, les règles du χ^2 ne sont pas réellement applicables. Les valeurs du tableau sont les pourcentages χ^2 partiel / χ^2 total. Le signe représente l'écart à l'indépendance.

Tableau 59 – Test de validité Mots pertinents x variable « Groupes »

Variable « Appartenance linguistique »

En considérant la variable « Appartenance linguistique », on est frappé par un certain nombre de différences entre les alémaniques et les francophones. La partie des représentant-e-s italophones du corpus avec seulement sept interventions sur un corpus total de 379 – 302 si l'on travaille en excluant les échanges liés au protocole – est trop minime pour que les conclusions que l'on puisse tirer soient réellement valides. Toutefois, le schéma présentant l'analyse factorielle des correspondances (Figure 4 ci-dessous) rattache plutôt les interventions de ces derniers-ères aux francophones.

Dans le corpus de 302 interventions, 53.0% sont alémaniques et 44.8% sont francophones.

Le mot le plus fréquent prononcé par les alémaniques est le mot 'coûts' avec 204 occurrences alors que le mot 'soins' est celui qui est le plus prononcé par les francophones. Nous retrouvons une différence qui recoupe celle constatée auparavant entre les sexes, ce qui tend à déterminer deux profils : l'un autour des notions femme-francophone-soins et l'autre autour des notions homme-alémanique-coûts.

	francophone	alémanique	italophone	Ensemble
Effectif de la catégorie	115	180	7	302
Pourcentage du corpus	44.80%	53.00%	2.20%	-
Mot le plus fréquent	#soins	#coûts	#commission	#soins
Fréquence de ce mot	265	204	17	471

Tableau 60 – Bilan lexical – Variable « Appartenance linguistique » – Hors protocole

En ce qui concerne la qualité des corpus alémaniques et francophones, il est frappant de prime abord de constater de prime abord que le recouvrement des deux corpus est très faible. Ce résultat s'explique peut-être par le fait que les textes sont constitués de mots différents mis à part les regroupements effectués dans le logiciel Sphinx® pour certains des termes jugés comme importants ou pour des termes dont la traduction s'impose d'emblée.

	francophone	alémanique	italophone	Ensemble
'francophone'	*	18.30%	67.30%	-
'alémanique'	26.40%	*	47.90%	-
'italophone'	35.90%	22.40%	*	-

Tableau 61 – Recouvrement des corpus – Variable « Appartenance linguistique »

Cette remarque méthodologique nous conduit à une seconde remarque du même ordre. Notre analyse lexicale est menée sur un corpus constitué de plusieurs langues. La plupart des mots pertinents retenus ici sont regroupés dans une traduction : 'Pflege', 'Pflegen' et 'soin' sont considérés au même titre que 'soins' et se présentent précédés d'un « # » dans les tableaux de résultats. Nous avons cherché à nous cantonner à des traductions dont l'évidence ne suscitait aucun doute. Toutefois, les usages de la langue allemande et de la langue française restent différents et les nombreux mots composés que la première utilise allégrement peuvent fausser quelque peu les résultats. Ainsi le mot 'Pflege' peut-il se retrouver « noyé » dans d'autres mots composés que ceux que nous avons retenus ici : 'Pflegefinanzierung' intégré à '#financement_des_soins', ce qui revient du coup à réduire d'autant son importance dans le calcul global. Néanmoins, et afin de relativiser la portée de cette remarque, il faut noter que certaines notions intègrent le terme 'soins' en allemand mais pas en français : home /EMS versus Pflegeheim.

Ceci étant posé, il est malgré tout frappant de constater, que le vocabulaire utilisé par les alémaniques et les francophones diffère assez nettement en ce qui concerne l'usage des mots que nous considérons comme pertinents. Même si certains sont relativement proches des limites posées ('assureurs' et 'fournisseurs de prestations'), pour les quinze autres termes, l'opposition est assez franche, souvent conséquente (voir ci-dessous tableau 62 – Indice de spécificité – Mots pertinents x variable « Appartenance linguistique »).

Les termes 'soins', 'coûts', 'système', 'solutions', et 'Confédération' sont peu présents dans les interventions alémaniques alors qu'ils sont relativement bien, voire pour certains très bien représentés dans celles des francophones. Les termes 'santé', 'maladie' et 'assurance' sont très peu présents chez les alémaniques (indices de spécificité situés entre 0.13 et 0.24) alors que c'est l'inverse chez les francophones.

Si nous nous penchons sur les termes les plus présents dans les interventions alémaniques, nous trouvons les principes de financement comme 'neutralité des coûts' et 'contribution', des termes renvoyant à des acteurs comme 'patients', 'cantons' et 'Spitex' ou encore des notions plus larges comme 'financement des soins' et 'soins de transition'. Cette dernière notion n'est presque pas présente dans le discours francophone.

MOTS / CAT	Non réponse	francophone	alémanique	italophone
#soins	-	1.34	0.69	1.64
#coûts	-	1.15	0.86	1.22
#santé	-	2.02	0.13	1.16
#maladie	-	1.78	0.25	3.18
#assurances	-	1.92	0.18	2.06
#système	-	1.59	0.54	0.19
#solutions	-	1.25	0.72	2.66
#Confédération	-	1.26	0.83	-
#assureurs	-	1.09	0.94	0.52
#fournisseur_de_prestations	-	1.05	1.00	-
#financement_des_soins	-	0.77	1.17	1.61
#soins_de_transition	-	0.07	1.80	0.49
#neutralité_des_coûts	-	0.57	1.40	-
#contribution	-	0.73	1.20	1.64
#patients		0.46	1.49	0.22
#cantons	-	0.86	1.09	1.74
Spitex	-	0.22	1.68	0.41

Indice faible < 0.94	Indice moyen 0.95 < x < 1.05	Indice fort > 1.05
----------------------	------------------------------	--------------------

Tableau 62 – Indice de spécificité – Mots pertinents x variable « Appartenance linguistique »

Pour les termes que l'on retrouve avec une importance relativement semblable entre l'allemand et le français, il est intéressant de constater que le terme 'assureurs' a une incidence qui s'équilibre sous l'égide de la variable « Appartenance linguistique ». L'incidence de ce terme diffèrait entre les groupes politiques ou était nettement plus présent dans le discours des femmes.

Revenons à l'analyse factorielle des correspondances brièvement évoquée plus haut. Il est intéressant de constater que la variable « Appartenance linguistique » est pertinente et présente une nette séparation sur l'axe horizontal entre les alémaniques d'un côté et les francophones et italophones de l'autre. Les différences sont très significatives du point de vue statistique entre francophones et alémaniques (figure 4).

Ce schéma permet d'attribuer spécifiquement aux francophones les termes 'santé', 'assurances', 'maladie' (ces deux termes certainement conjointement pour une part) et aux alémaniques les termes 'neutralité des coûts', mais surtout 'Spitex', 'patients' et 'soins de transition'. Dans l'espace séparant les deux groupes, on trouve, en partant du pôle francophone en direction du pôle alémanique, les termes 'système', 'soins', 'solution', 'Confédération'. Puis en poursuivant la progression du côté droit du schéma, nous trouvons

le terme ‘coûts’ au centre ; les termes ‘cantons’, ‘financement des soins’ et ‘contribution’ se situent dans un champ plus proche du pôle alémanique.

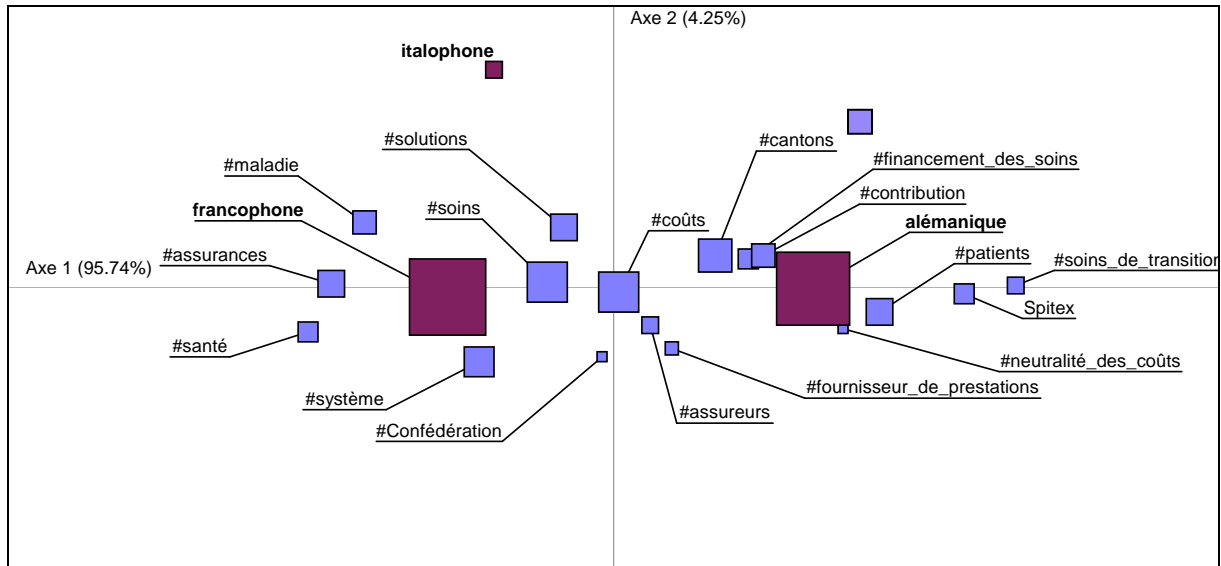


Figure 4 – Analyse factorielle des correspondances – Mots pertinents x variable « Appartenance linguistique » – Hors protocole

MOTS / CAT	franco phone	alémanique	italophone	TOTAL
#Confédération	+0	+0	+0	32
#neutralité_des_coûts	-1	+1	+0	35
#fournisseur_de_prestations	+0	+0	+0	68
#assureurs	+0	+0	+0	88
#soins_de_transition	-6	+8	+0	92
Spitex	-6	+7	+0	111
#financement_des_soins	-1	+1	+0	113
#santé	+5	-6	+0	117
#contribution	-1	+2	+0	138
#maladie	+4	-6	+1	171
#solutions	+0	+0	+1	188
#patients	-6	+8	-1	203
#assurances	+7	-9	+0	220
#système	+3	-2	-1	239
#cantons	-2	+2	+0	287
#soins	+1	-1	+0	443
#coûts	+0	+0	+0	445
TOTAL	1552	1349	89	2990

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 664.48$, $ddl = 32$, $1-p = >99.99\%$. Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages χ^2 partiel / χ^2 total. Le signe représente l'écart à l'indépendance.

Tableau 63 – Test statistique – Mots pertinents x Variable « Appartenance linguistique »

Variable « Groupes d'intérêts »

En considérant la variable « Groupes d'intérêts », on s'aperçoit que le mot 'soins' est le mot le plus fréquemment utilisé par des député-e-s qui ont des accointances avec des groupes d'intérêts des domaines (modalités) 'santé/prestataires', 'social', 'éducation/formation/recherche' ; le terme 'coûts', autre terme très présent dans le corpus est le mot le plus fréquent pour les député-e-s qui ont des liens avec les domaines 'industrie/construction/défi/énergie', 'santé/bénéficiaires', 'santé/assureurs', 'économie/finance/assurances on sociales', 'tourisme', 'environnement' et autres. Parmi les

catégories restantes, le mot le plus fréquent est 'francs' pour la modalité 'santé/administration', observations à relativiser car portant sur seulement sept interventions ; et finalement le mot 'patients' pour la modalité 'culture/sport'. Les mots les plus fréquents des autres modalités de la variable « Groupes d'intérêts » relèvent de mots relevant du déroulement du processus parlementaire (Tableau 64).

En ce qui concerne le nombre d'interventions, nous constatons que le plus grand nombre provient de parlementaires ayant une accointance avec un ou des groupes d'intérêts issus du domaine 'économie/finance/assurances non sociales' : ils sont intervenus 225 fois, ce qui représente 14,8% des interventions. Ce score important est suivi d'un trio de groupes qui sont relativement proches les uns des autres : 'social' avec 158 interventions (11.7% du corpus), 'santé/bénéficiaires' avec 134 interventions (10.7% du corpus) et 'industrie/construction/défense/énergie' avec 144 interventions (10.2% du corpus). Les interventions des parlementaires ayant des liens avec les domaines suivants sont moins fréquentes sans toutefois être négligeables : 'santé/assureurs' (92 interventions, 7.5% du corpus), 'santé/prestataires' (88 interventions, 5.8% du corpus), 'éducation/formation/recherche' (90 interventions, 5.5% du corpus) et 'culture/sport' (82 interventions, 5.5% du corpus). Parmi les parlementaires ayant des accointances avec les groupes d'intérêts qui sont très peu présents dans le corpus, on trouve étonnamment les modalités 'santé/industrie' (34 interventions, 1.7% du corpus) et 'santé/administration' (7 interventions, 0.5% du corpus).

Cette brève description du nombre d'interventions par groupes d'intérêts met en évidence le fait que les parlementaires qui interviennent sur la question du financement des soins ont manifestement d'autres préoccupations que la seule politique sanitaire.

Parmi les mots arrivant en tête dans les différentes modalités de la variable « Groupes d'intérêts », on retrouve les termes 'soins' et 'coûts', ce qui va dans le sens des éléments déjà relevés. Le mot 'soins' se retrouve dans trois modalités de la variable, à savoir les groupes d'intérêts 'santé/prestataires', 'social' et 'éducation/formation/recherche'. Le terme 'coûts' se retrouve pour sa part plus fréquemment prononcé dans les groupes d'intérêts 'industrie/construction/défense/énergie', 'santé/bénéficiaires' (plus curieusement...), 'santé/assureurs', 'économie/finances/assurances non sociales', 'tourisme' et 'environnement'.

Parmi les autres mots les plus fréquents d'une modalité, citons encore le mot 'francs' pour la modalité 'santé/administration' et le mot 'patient' pour la modalité 'culture/sport'.

	Agric	Indus/ constr/ déf/ éner	Santé/ bénéf	Santé/ prests	Santé/ admin	Santé/ass	Santé/ Ind	Admin	Social	...
Effectif de la catégorie	70	144	134	88	7	92	34	20	158	
Mot le plus fréquent	#commission	#coûts	#coûts	#soins	#francs	#coûts	#commission	#commission	#soins	
Fréquence de ce mot	88	259	267	120	20	168	35	49	260	
Pourcentage du corpus	3.80%	10.20%	10.70%	5.80%	0.50%	7.50%	1.70%	1.30%	11.70%	

Tableau 64 – Bilan par contexte – Variable « Groupes d'intérêts »

	...	Education/ formation/ recherche	Economie/ finance/ ass n soc	Relig	Médias	Tourisme	Culture/ sport	Envirr.	Autres
Effectif de la catégorie		90	225	19	27	60	82	53	122
Mot le plus fréquent		#soins	#coûts	#Conseil national	#cantons	#coûts	#patients	#coûts	#coûts
Fréquence de ce mot		124	316	27	39	148	109	72	224
Pourcentage du corpus		5.50%	14.80%	1.20%	1.70%	5.20%	5.50%	3.60%	9.30%

MOTS / CAT	Non réponse	Agric.	Indust/ constr./ déf/éner.	Santé/ bénéf.	Santé/ prest.	Santé/ admin.	Santé/ assur.	Santé/ Indust	Admin.	Social	Educ./ form./ rech.	Eco/fin/ assur n. soc.	Relig.	...
#soins	-	0.76	1.1	1.12	1.03	1.08	0.98	0.38	0.86	1.11	1.13	1.01	0.79	
#coûts	-	0.92	1.16	1.14	0.91	1.43	1.02	0.38	0.85	0.96	0.89	0.97	0.87	
#cantons	-	1.42	0.86	1.08	1.11	1.11	0.95	0.63	0.85	1.00	0.65	1.01	1.06	
#assurances	-	0.30	1.11	1.32	0.64	-	1.33	0.30	2.11	1.12	0.96	0.91	0.33	
#système	-	0.86	1.22	1.02	0.57	0.43	1.49	0.39	0.44	1.12	0.64	0.97	1.02	
#patients	-	2.08	0.61	1.27	0.64	1.14	0.37	0.76	0.61	0.67	0.62	1.37	0.68	
#maladie	-	0.21	1.23	1.3	0.66	-	1.23	0.23	1.97	1.14	0.91	0.92	0.44	
#solutions	-	0.82	1.05	1.13	0.74	0.80	1.30	0.42	0.84	1.04	0.80	0.93	0.85	
#contribution	-	1.42	0.90	0.83	1.29	0.60	0.81	0.72	0.57	1.06	0.78	1.08	1.01	
#financement des_soins	-	1.59	0.88	1.04	1.03	0.78	0.92	0.35	0.59	1.06	0.76	1.20	1.82	
#santé	-	0.35	1.15	1.35	0.91	0.37	1.16	0.11	1.13	1.17	0.93	0.91	0.16	
Spitex	-	1.32	1.16	0.55	1.04	2.88	0.78	0.76	1.37	0.82	1.37	0.97	3.21	
#assureurs	-	1.65	0.66	1.16	1.52	-	0.66	1.91	2.42	0.53	1.02	1.01	0.49	
#soins_de transition	-	2.34	1.04	0.41	1.44	-	0.48	1.06	-	0.68	0.91	1.12	4.15	
#fournisseur de prestations	-	0.59	0.81	0.96	1.42	1.87	0.89	2.07	2.38	0.85	1.45	0.90	0.27	
#neutralité des coûts	-	1.90	1.19	1.13	0.66	-	0.66	-	-	1.08	-	1.26	3.20	
#Confédération	-	1.43	1.12	0.69	0.69	-	0.89	0.79	2	1.32	0.86	1.09	3.35	

Tableau 65 – Indice de spécificité – Mots pertinents x Variable « Groupes d'intérêts » – Hors protocole

MOTS / CAT	...	Médias	Tour.	Cult./ sport	Envir.	Autres
#soins		0.80	1.28	0.59	0.77	0.98
#coûts		0.65	1.29	0.76	0.92	1.09
#cantons		1.64	0.98	1.21	1.09	0.87
#assurances		0.72	1.76	0.36	0.20	1.20
#système		0.43	1.64	0.64	0.36	1.28
#patients		0.55	0.29	2.29	1.76	1.01
#maladie		0.55	1.69	0.33	0.33	1.23
#solutions		1.09	1.45	0.72	0.63	1.17
#contribution		1.72	1.02	1.10	1.62	0.72
#financement des_soins		0.71	0.84	0.93	1.28	0.81
#santé		0.22	1.20	0.61	0.11	1.50
Spitex		0.98	0.49	1.29	1.95	0.77
#assureurs		0.52	0.34	2.17	0.74	1.04
#soins_de transition		1.30	0.23	1.37	2.40	0.90
#fournisseur de prestations		0.76	0.98	1.03	1.16	0.95
#neutralité des coûts		2.61	0.95	1.29	0.92	0.53
#Confédération		2.39	1.16	0.24	0.56	0.79

Indice faible < 0.94

Indice moyen $0.95 < x < 1.05$

Indice fort > 1.06

En ce qui concerne le type de vocabulaire utilisé, il est plus difficile de faire ressortir des tendances en raison du nombre relativement important de groupes d'intérêts. Toutefois, certains d'entre eux ont un vocabulaire qui emprunte passablement des termes issus de la liste des mots pertinents retenus ici, d'autres pour qui c'est l'inverse.

Parmi les groupes d'intérêts qui empruntent dans leurs discours un nombre restreint de mots pertinents analysés ici, nous trouvons les groupes 'santé/bénéficiaire', 'agriculture' et 'industrie/construction/défense/énergie'. Cependant pour ces groupes, les mots sur- et sous-représentés varient de manière importante. Il est difficile d'en faire ressortir une ou des tendances générales.

Parmi les groupes d'intérêts avec une relative sous-représentation des termes retenus dans cette étude, nous trouvons 'santé/industrie', 'éducation/formation/recherche', 'santé/assurances'. Pour les deux premiers groupes, il est intéressant de voir que les quelques mots sur-représentés ne se recoupent pas du tout. Nous trouvons 'assurance', 'maladie' mais aussi et surtout 'système' et 'solution' pour le groupe 'santé/assurances' et 'assureurs'. Par contre, pour le groupe 'santé/industrie', nous trouvons le terme 'fournisseurs de prestations' (significatif sur le plan statistique).

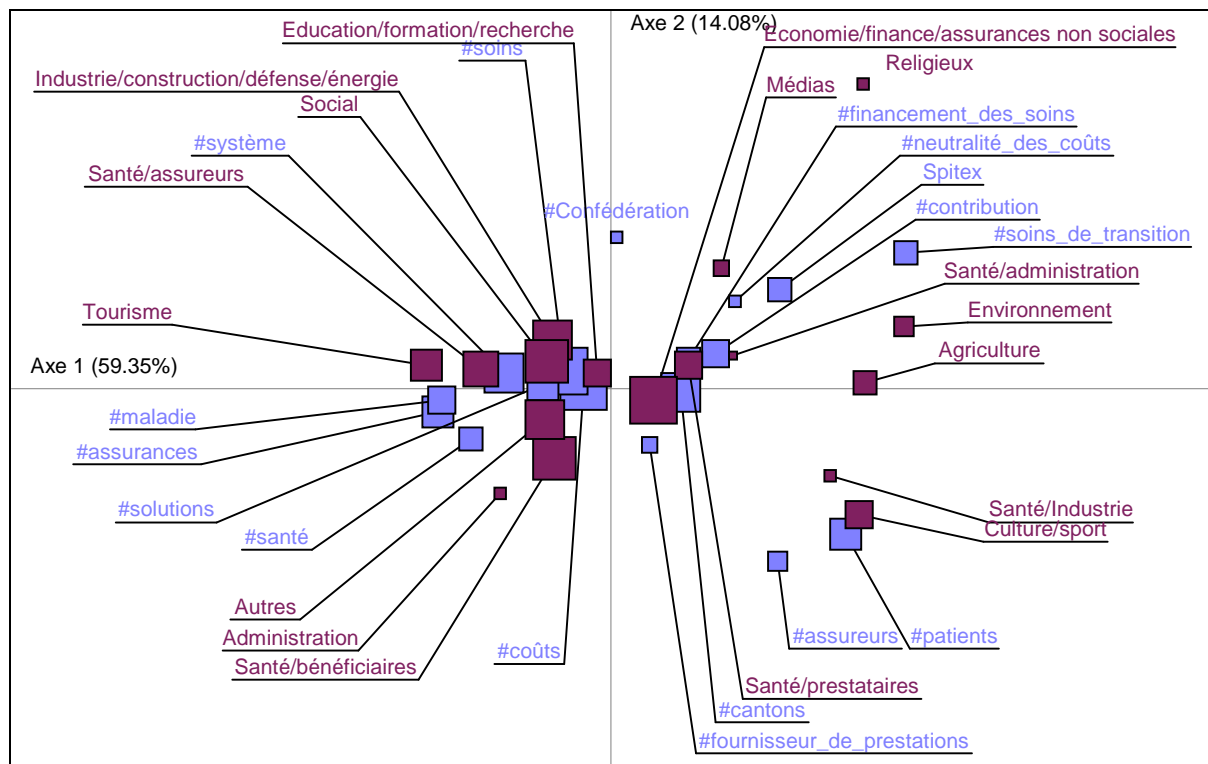


Figure 5 – Analyse factorielle des correspondances – Variable « Groupes d'intérêts » – Hors protocole

L'analyse factorielle des correspondances présente un étalement relativement limité des différentes catégories. Il est de ce fait également difficile de faire ressortir des tendances fortes de la figure 5. Nous pouvons toutefois relever une centration autour des groupes d'intérêts 'industrie/construction/défense/énergie', 'social' et 'administration', voire 'éducation/formation/recherche'. Ces modalités de la variable « Groupes d'intérêts » se retrouvent proches des termes 'soins', 'coûts', 'solutions' et dans une relative mesure du terme 'système'.

Sur l'axe horizontal et sur la droite de la figure, nous trouvons les modalités 'économie/finances/assurances non sociales' et 'santé/prestataire' à proximité des termes

'financement des soins', 'cantons' et 'contribution'.

Relevons aussi la proximité entre la modalité 'culture/sport' et le terme 'patients'.

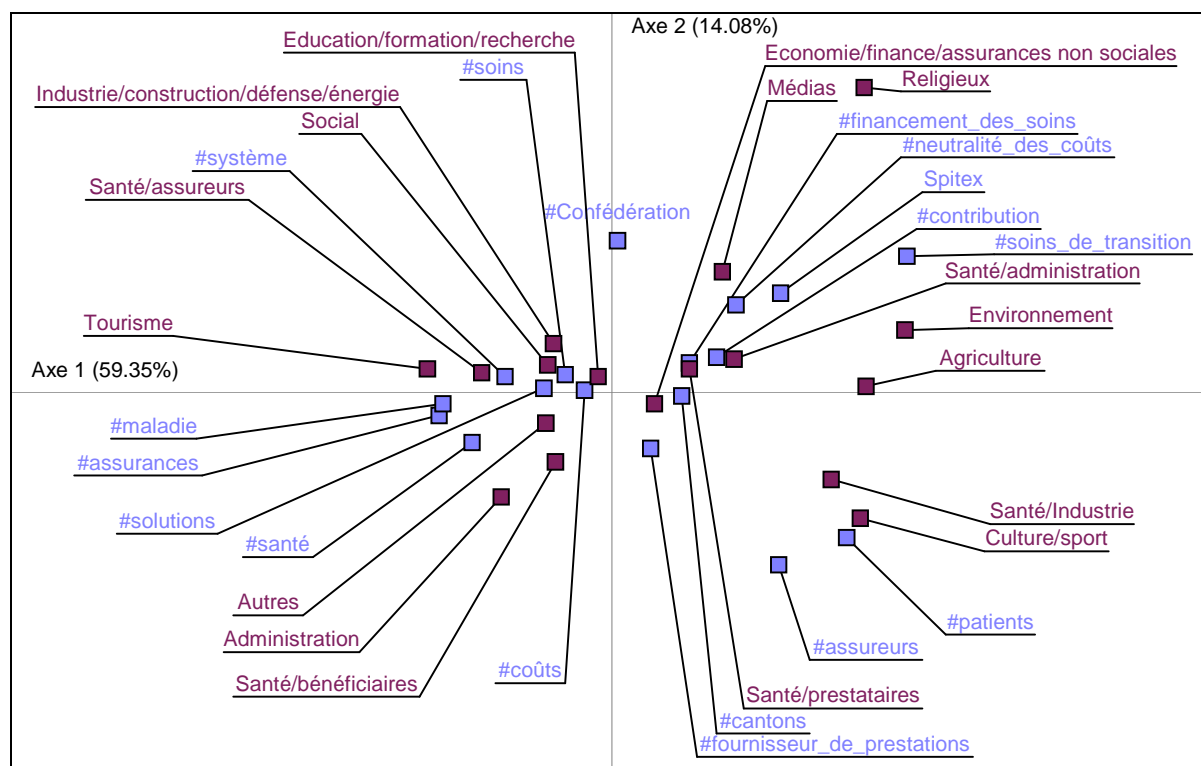


Figure 6 – Analyse factorielle des correspondances – Variable « Groupes d'intérêts » (points non proportionnels aux effectifs) – Hors protocole

MOTS / CAT	Agriculture	Industrie/construction/défense/énergie	Santé/bénéficiaires	Santé/prestataires	Santé/administration	Santé/assureurs	Santé/Industrie	Administration	Social	Education/formation/recherche	Economie/finance/assurances non sociales	Religieux	Médias	Tourisme	Culture/sport	Environnement	Autres	TOTAL	
#coûts	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	2195
#soins	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+1	+0	+0	+0	+0	-1	+0	+0	+0	2000
#cantons	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+1	+0	+1	+0	+0	+0	1411
#système	+0	+0	+0	-1	+0	+2	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+1	+0	-1	+0	+0	1381
#assurances	-1	+0	+0	+0	+0	+1	+0	+1	+0	+0	+0	+0	+0	+1	-1	-1	+0	+0	990
#patients	+2	-1	+0	+0	+0	-2	+0	+0	-1	+0	+1	+0	+0	-2	+7	+2	+0	+0	856
#solutions	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	979
#maladie	-1	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+1	+0	+0	+0	+0	+0	+1	-1	-1	+0	+0	758
#contribution	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+1	+0	+0	+1	+0	+0	655
#santé	-1	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	-1	+1	+0	529
#financement_des_soins	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	503
Spitex	+0	+0	-1	+0	+1	+0	+0	+0	+0	+1	+0	+2	+0	-1	+0	+2	+0	+0	544
#soins_de_transition	+2	+0	-2	+1	+0	-1	+0	+0	+0	+0	+0	+4	+0	-1	+0	+3	+0	+0	501
#assureurs	+0	+0	+0	+1	+0	+0	+1	+1	-1	+0	+0	+0	+0	-1	+2	+0	+0	+0	340
#fournisseur_de_prestations	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+2	+1	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	314
#neutralité_des_coûts	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	-1	+0	+1	+1	+0	+0	+0	+0	+0	182
#Confédération	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	+1	+0	+0	+0	+0	+0	+0	149
TOTAL	558	1513	1646	763	63	1086	129	190	1672	684	2143	184	213	867	719	467	1390	14287	

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 1437.16$, $ddl = 256$, $1-p = >99.99\%$. Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages χ^2 partiel / χ^2 total. Le signe représente l'écart à l'indépendance.

Tableau 66 – Test statistique – Mots pertinents x Variable « Groupes d'intérêts » – Hors protocole

Variable « Chambre »

Si, sur le plan purement numérique, des différences dans l'ordre d'apparition existent entre les deux chambres dans le recours aux termes 'soins' (premier au Conseil national) et 'coûts' (premier au Conseil des Etats), celle-ci sont minimales et peu significatives sur le plan statistique. Ces deux termes sont toutefois relativement plus utilisés au Conseil national qu'aux Conseil des Etats.

Deux autres différences sont importantes en ce qui concerne les termes utilisés et méritent d'être relevées : le terme 'patient' est très présent au Conseil national et peu présent au Conseil des Etats. Le terme 'Spitex' a également une fréquence d'apparition qui est inverse entre les deux chambres.

Chambre	CE	CN	Total
Effectif de la catégorie	136	166	302
Mot le plus fréquent	#coûts	#soins	#coûts
Fréquence de ce mot	199	257	445
Pourcentage du corpus	45.60%	54.40%	-

Tableau 67 – Bilan par contexte - Variable « Chambre » (hors protocole)

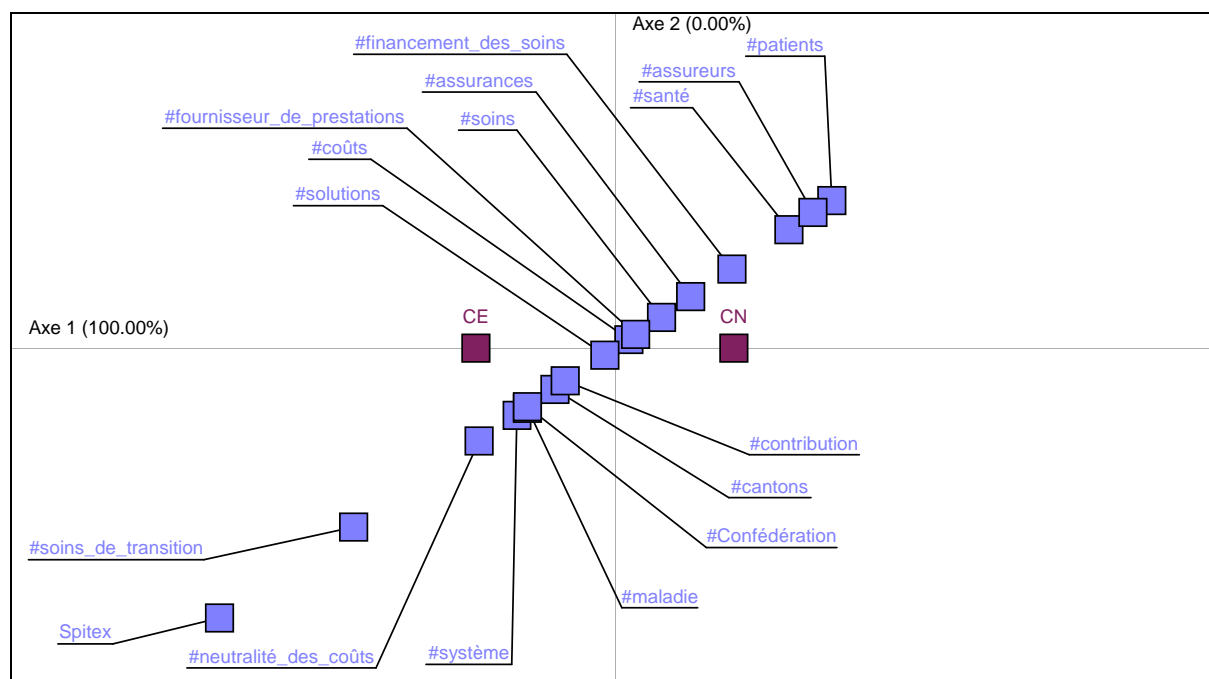


Figure 7 – Analyse factorielle des correspondances – Mots spécifiques x variable « Chambre » – Hors protocole

MOTS / CAT	CE	CN	TOTAL
#coûts	+0	+0	445
#soins	-1	+1	443
#cantons	+1	-1	287
#système	+2	-2	239
#assurances	-1	+1	220
#patients	-10	+9	203
#solutions	+0	+0	188
#maladie	+1	-1	171
#contribution	+0	+0	138
#santé	-4	+3	117
#financement_des_soins	-2	+1	113
Spitex	+19	-16	111
#soins_de_transition	+7	-6	92
#assureurs	-4	+3	88
#fournisseur_de_prestations	+0	+0	68
#neutralité_des_coûts	+1	-1	35
#Confédération	+0	+0	32
TOTAL	1372	1618	2990

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 136.44$, $ddl = 16$, $1-p = >99.99\%$. Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique. Les valeurs du tableau sont les pourcentages χ^2 partiel / χ^2 total. Le signe représente l'écart à l'indépendance.

Tableau 68 – Test statistique – mots pertinents x variable « Chambre » – Hors protocole

Un condensé des résultats de l'analyse lexicale :

De prime abord et dans la logique de notre hypothèse de départ, la variable « Sexe » apporte des résultats intéressants. Nous nous y attendions. Dans les rapports de force au sein de l'échiquier politique, la variable « Groupe » présente également une source d'informations intéressantes. Plus étonnant, nous avons également trouvé des éléments intéressants relevant de la variable « Appartenance linguistique ». La variable « Groupe d'intérêts » est assez intéressante, toutefois, le nombre de modalités rend les résultats peu significatifs sur le plan statistique et parfois également difficile à interpréter. Parmi les variables étudiées jusqu'à présent, seule la variable « Chambre » a apporté peu d'éléments pertinents.

Une fois les « mots outils » éliminés et les mots regroupés entre l'allemand et le français (plus un tout petit peu d'italien), il ressort que le mot le plus fréquent dans le corpus est le mot 'soins', celui-ci est suivi de manière très proche par le mot 'coûts', ce qui place d'emblée au centre la thématique principale des débats.

Des différences entre les sexes :

Parmi les mots que nous avons retenus comme pertinents, la plupart se retrouve dans le peloton de tête des mots prononcés par les tenants des deux sexes. Toutefois l'ordre d'apparition diffère entre les hommes et les femmes. Le mot 'soins' est plus prononcé par les femmes et moins par les hommes. Cette différence n'est pas très significative sur le plan statistique. Le mot le plus prononcé par les hommes en chiffres absolus est le mot 'coûts'.

D'une manière générale, il ressort que les hommes ont un vocabulaire se rattachant plus à des termes dont le sens est d'ordre systémique ou organisationnel (mots 'système', 'solutions', etc.) ou des acteurs étatiques. A l'inverse, les femmes recourent plutôt à des termes relevant du qualitatif (le mot 'soins') et mentionnent des acteurs organisationnelles (mot 'patients').

Des différences entre les groupes politiques :

Si nous nous intéressons aux interventions des différents groupes politiques au Parlement – Extrême gauche, Verts, Socialistes, Démocrates-chrétiens, Radicaux-Libéraux, UDC – nous constatons d'emblée que l'espace occupé dans les débats par ceux-ci est très variable. Les Radicaux-Libéraux qui ne représentent pourtant pas le plus grand groupe du parlement

occupent le 40.8% du corpus étudié. Ils sont suivis par les Socialistes avec un quart du corpus, les Démocrates-chrétiens avec 17.2%, puis ferment la marche, les UDC avec moins de dix pour-cent, et plus marginaux, les Verts (3.8%) et l'Extrême gauche avec 2.8% du corpus.

Si les mots les plus utilisés au sein des différents groupes varient ('soins' pour les socialistes et les Démocrates-chrétiens et 'coûts' pour les Radicaux-Libéraux et les Verts), il est intéressant de se pencher sur les similitudes-différences entre leurs discours. Ainsi, en matière de recouvrement de corpus, l'Extrême gauche se distingue des autres partis avec un discours contenant des mots très différents des autres partis. Autre source d'étonnement, les Verts positionnés à gauche sur l'échiquier politique ont un recouvrement des discours relativement importants avec ceux des groupes Démocrates-chrétiens et UDC.

Au-delà des différences, nous constatons des similitudes dans les discours entre les grands groupes Socialistes, Radicaux-Libéraux et Démocrates-chrétiens alors que, comme on vient de l'évoquer, les petits groupes ont un discours qui tend à se démarquer des autres.

L'analyse met en évidence des différences notables qui apparaissent dans l'usage de certains mots, notamment autour du terme 'patient' dont la présence dans les groupes de l'Extrême gauche, Socialistes et Démocrates-Chrétiens est importante alors qu'elle est très modeste dans les discours Radicaux-Libéraux et UDC. D'une manière générale, tout se passe comme si on avait trois groupes distincts au niveau de l'usage des termes : les Socialistes avec un discours imprégné du terme 'soins' et du terme 'fournisseurs de prestations', les Radicaux-Libéraux et les UDC avec un discours imprégné de la terminologie organisationnelle et de la notion de 'coûts' ; et finalement, un dernier groupe composé des Démocrates-chrétiens et des Verts dont le discours est moins imprégné de termes particuliers.

Pour poursuivre l'analyse menée autour de la variable « Sexe », on voit donc émerger deux figures fortes du discours : un discours que l'on pourrait qualifier de femmes de gauche marqué des termes 'soins' et 'fournisseurs de prestations' ; un discours des hommes de droite très porté sur les aspects systémiques et organisationnels des réformes en cours. Le discours des groupes Démocrates-Chrétiens et Verts est intéressant car ces deux discours ne se distinguent pas vraiment entre eux.

Des différences en fonction de l'appartenance linguistiques

Les différences linguistiques apparaissent essentiellement entre les langues française et allemande. L'italien très peu représenté est difficile à intégrer à cette analyse de manière fiable. Ces différences sont substantielles et significatives pour un certain nombre de mots du corpus.

Les termes 'soins', 'coûts', 'système', 'solutions', et 'Confédération' sont peu présents dans la partie alémanique des interventions alors qu'ils sont relativement bien, voire pour certains très bien représentés dans la partie francophone des discours. Les termes 'santé', 'maladie' et 'assurance' sont très peu présents dans la partie alémanique alors que c'est l'inverse dans la partie francophone.

Du côté des termes les plus présents dans les interventions alémaniques, on trouve les principes de financement comme 'neutralité des coûts' et 'contribution', des termes renvoyant à des acteurs comme 'patients', 'cantons' et 'Spitex' ou encore des notions plus larges comme 'financement des soins' et 'soins de transition'. Cette dernière notion n'est presque pas présente dans le discours francophone.

Des éléments plus diffus en ce qui concerne les groupes d'intérêts

Les groupes d'intérêts des parlementaires intervenant dans la problématique du financement des soins sont très divers. Nous constatons que les parlementaires affiliés d'une manière ou d'une autre à des groupes issus des soins (que ce soient auprès des bénéficiaires, des

prestataires, des assureurs, de l'Etat ou de l'industrie) sont très présents. Toutefois, l'analyse entreprise met en évidence que ce sont surtout les parlementaires ayant un volume important d'accointances avec un ou des groupes d'intérêts issus du domaine 'économie/finance/assurances non sociales' qui interviennent le plus.

En ce qui concerne le type de vocabulaire utilisé, il est plus délicat de faire ressortir des tendances en raison du nombre relativement important de groupes d'intérêts. Parmi ces derniers, certains se caractérisent par un certain nombre de mots pertinents bien représentés ; toutefois, il est difficile d'en faire ressortir une ou des tendances générales.

D'autres groupes d'intérêts se distinguent par une relative sous-représentation des termes retenus dans cette étude. Il s'agit de 'santé/industrie', 'éducation/formation/recherche', 'santé/assurances'.

Vu de ces constats, il ne serait pas judicieux d'en déduire des généralités pour ce volet de l'étude.

Pour conclure cet important volet de l'analyse lexicale et considérant les différences dans le recours au terme 'patient' selon sa présence, respectivement son absence, dans les différents discours, on peut broser une sorte de figure emblématique porteuse de ce terme. Il s'agirait d'une femme, de centre gauche (socialiste ou démocrate-chrétienne), alémanique et siégeant au Conseil national. Son pendant ou son opposé, plus délicat à mettre en évidence, pourrait être un homme Radical-Libéral, plus porté par les aspects systémique et organisationnel.

5.3.2 Analyse de l'environnement des mots

Dans cette partie de l'analyse, il s'agit de reprendre les mots pertinents identifiés précédemment dans les discours et d'approfondir l'analyse déjà faite. A la lecture des interventions/phrases contenant des mots pertinents, nous avons cherché à voir ce qui connote leur usage de ces mots. L'idée est de pouvoir dépasser leur simple dénombrement pour mettre en évidence le contexte dans lequel ceux-ci s'insèrent.

Il s'agit d'une part de vérifier le sens dans lequel ils sont utilisés par les parlementaires et, d'autre part, de vérifier s'il y a des usages différents en fonction des parlementaires catégorisés par des variables différentes.

Les mots suivants sont traités dans ce chapitre :

- Soins
- Coûts
- Système
- Patients

Afin de déterminer de manière plus qualitative les différences et similitudes mises en évidence au travers de l'analyse lexicale, nous avons mené une analyse de l'environnement des mots pertinents afin de vérifier l'usage avec lequel ils sont utilisés par les parlementaires.

Le mot « soins »

Rappelons que le mot 'soins' est le mot dont la fréquence est la plus importante dans tout le corpus étudié. Il apparaît 443 fois : 230 apparitions dans les discours des femmes et 213 fois dans celui des hommes.

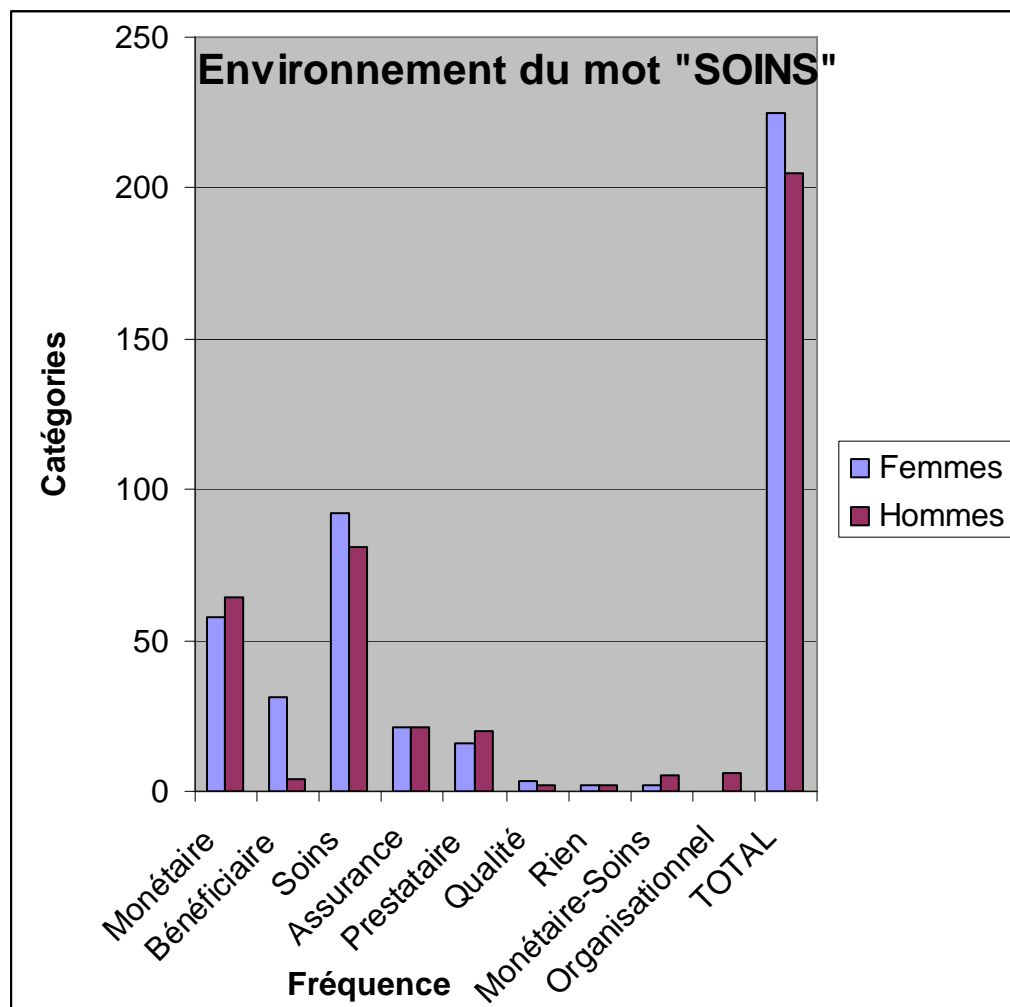


Figure 8 – Environnement du mot 'soins' x sexe

	Femmes	Hommes
Monétaire	58	64
Bénéficiaire	31	4
Soins	92	81
Assurance	21	21
Prestataire	16	20
Qualité	3	2
Rien	2	2
Monétaire-Soins	2	5
Organisationnel	0	6
TOTAL	225	205

Tableau 69 – Environnement du mot 'soins' x sexe

A la lecture des interventions contenant le mot 'soins', il nous a été permis de distinguer un certain nombre de connotations spécifiques données à ce terme. Tant les hommes que les femmes utilisent le plus souvent le mot 'soins' en parlant du ou des soins. Comme nous l'avons déjà relevé, ce qu'ils ou elles entendent par 'soins' n'est toutefois que très rarement précisé. Lorsqu'il est fait mention de cela dans leur discours, les parlementaires s'expriment sur les soins de la manière suivante : « ... vor allem, auch der Pflege zu Hause [...] »²⁸ (intervention 167) ou encore « [...] la distinction entre les soins de base et les soins de traitement [...] » (observation n° 175). Cet usage du mot 'soins' est le même chez les hommes et que chez les femmes.

Le mot 'soins' est également très fréquemment exprimé dans les interventions associé à une dimension monétaire : dans 58 interventions des femmes et dans 64 pour les hommes. On y parle de « tarifs de soins » (intervention 142) ou de « [...] kostenentwicklung des Pflege [...] »²⁹ (intervention 329). Le mot 'soins' est utilisé de manière relativement équivalente que ce soit les hommes ou les femmes qui s'expriment.

Deux autres acceptations du mot soins se retrouvent aussi dans les interventions bien que moins nombreuses : un usage associé à la notion d'assurance : « [...] assurance obligatoire des soins [...] » (observation n° 310) et un usage dans le sens des prestataires : « [...] wo ein Arzt die Pflege verordnet [...] »³⁰ (intervention 204). Pour l'une et l'autre acception, on retrouve une relative équivalence à son recours entre les femmes et les hommes.

La seule différence sensible entre hommes et femmes dans l'usage qui est fait du mot 'soins' entre hommes et femmes, que nous avons pu mettre en évidence par notre étude, se situe dans la catégorie associant ce mot aux bénéficiaires. Les femmes expriment plus fréquemment ce mot en le reliant aux bénéficiaires que les hommes (femmes : 31 ; hommes 4). Pour les hommes, nous avons retenu par exemple la notion de « [...] les personnes qui ont besoin de soins [...] » (observation n° 175) ; et dans les propos des femmes, la phrase « die grundversicherten Personen in der Pflege [...] »³¹ (intervention 139) pose une préoccupation à l'égard des bénéficiaires.

En résumé, il n'existe pas de différence notable dans l'usage du mot 'soins' par les hommes ou les femmes, si ce n'est que, chez les femmes, la mention des bénéficiaires est plus présente.

Le mot « coûts »

Le mot 'coûts' est celui dont la fréquence arrive en seconde position dans le corpus étudié. Il est prononcé 240 fois par les hommes et 204 fois par les femmes.

Lorsqu'on se penche sur l'environnement du mot dans les discours pour mettre en évidence le sens dans lequel le mot est utilisé, quatre grandes catégories ressortent. Logiquement, il est utilisé de nombreuses fois en rapport avec la notion de coûts des soins, que ces coûts se rapportent aux patients, aux coûts des prestataires ou encore comme coûts à la charge des assurances ou des cantons. Un second usage relativement fréquent du mot 'coûts' relié à la notion d'augmentation des coûts, un troisième à celle de maîtrise des coûts. Finalement, un quatrième usage, pas forcément important mais pour autant pas négligeable, est l'association du mot 'coûts' à la notion de transfert ou de report de charge (voir Figure 9).

Il est intéressant de noter que les différences sont sensibles entre la Période I du corpus consacrée à la discussion sur les réformes (figure 10) et la Période II qui traite spécifiquement du financement des soins (figure 11).

²⁸ Notre traduction : Avant tout, les soins dispensés à la maison.

²⁹ Notre traduction : Le développement des coûts des soins.

³⁰ Notre traduction : lorsqu'un médecin prescrit des soins.

³¹ Notre traduction : Les personnes assurées qui ont besoin de soins.

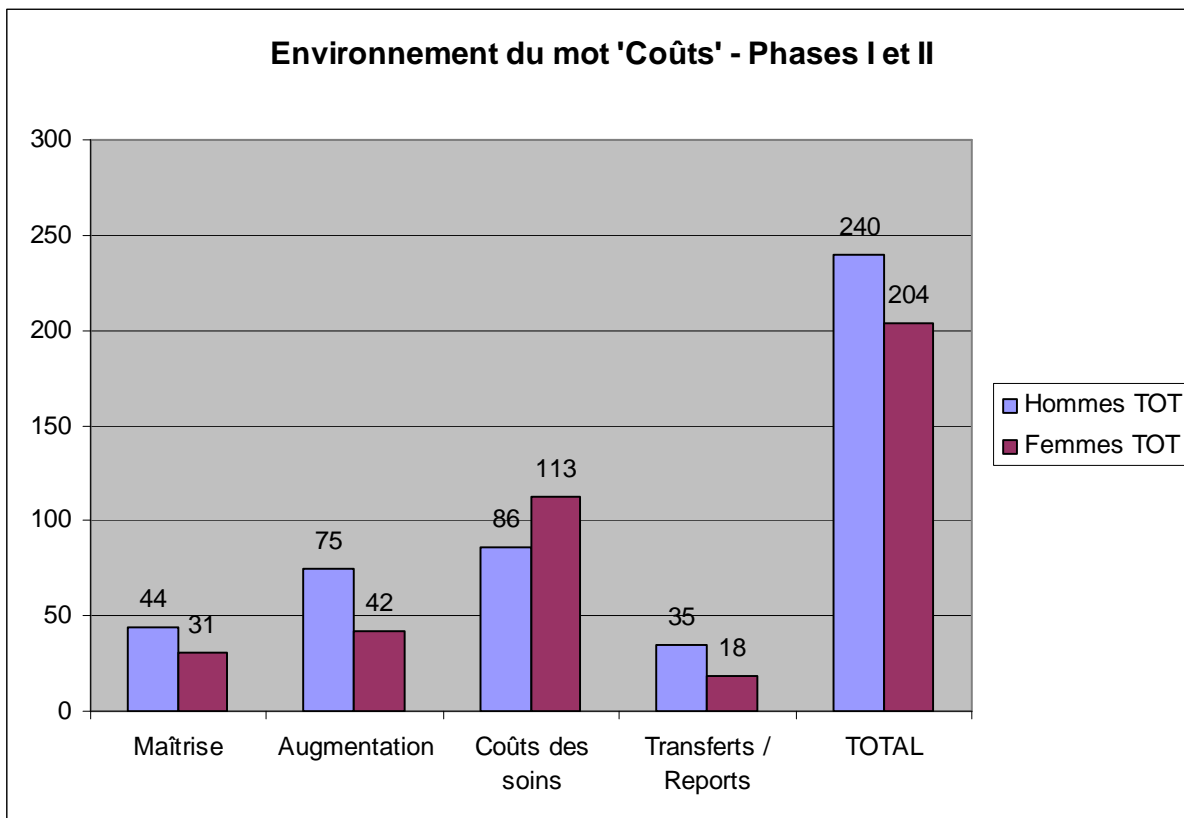


Figure 9 – Environnement du mot "Coûts" Périodes I et II

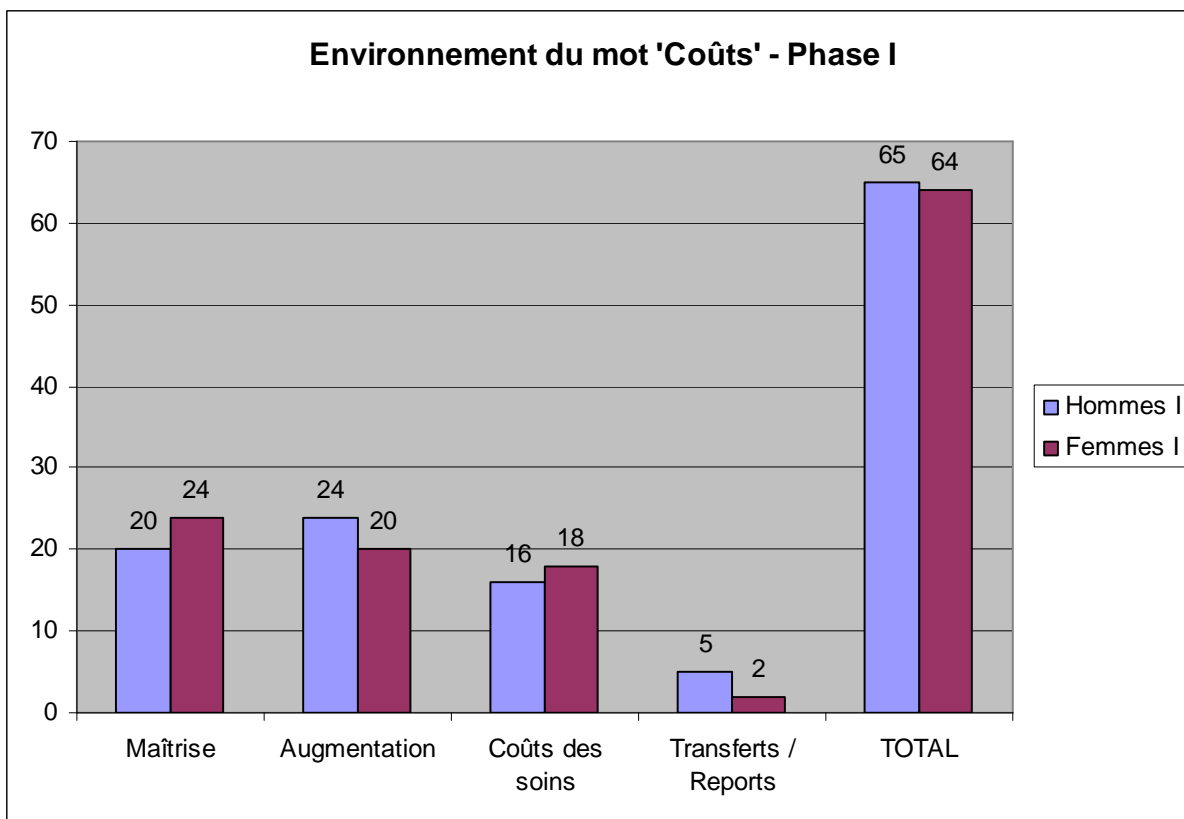


Figure 10 – Environnement du mot "Coûts" Période I

Dans la Période I, les différences entre les sexes sont peu importantes en ce qui concerne la connotation qui est attribuée au mot 'coûts'. Par contre en ce qui concerne la Période II, les différences deviennent sensibles. Les hommes utilisent plus fréquemment le mot 'coûts' en association à la notion de maîtrise des coûts et d'augmentation des coûts que les femmes. D'autre part, les femmes font un usage plus important du mot 'coûts' en parlant du coût des soins.

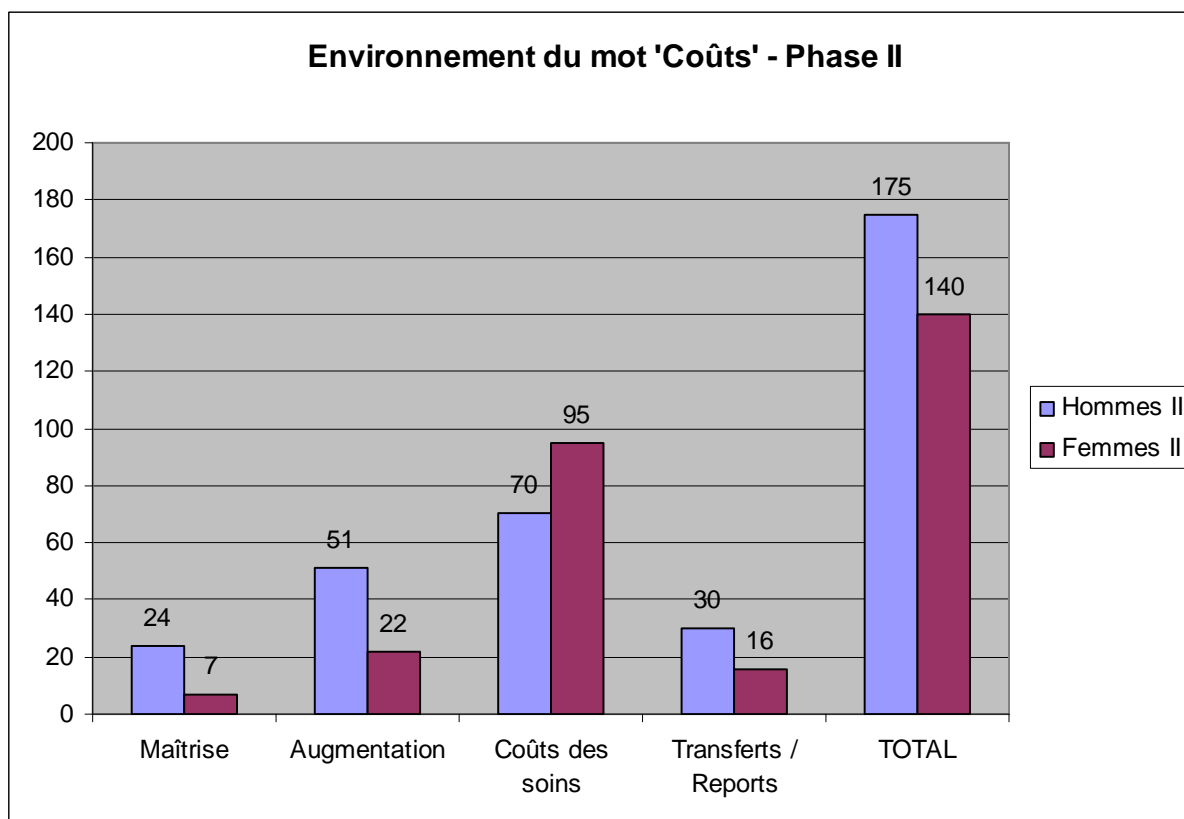


Figure 11 – Environnement du mot "coûts" Période II

Le mot « système »

Lau même titre que pour les mots que nous venons de voir, le mot 'système' apparaît un nombre important de fois dans le corpus. Par contre, avec 197 occurrences pour les hommes et seulement 42 occurrences pour les femmes, il semble très sensible à la variable « Sexe ».

Il en va de même pour la variable « Appartenance linguistique », le mot 'système' apparaît 170 fois dans 111 interventions chez les francophones alors qu'il n'apparaît que 68 fois dans 40 interventions chez les alémaniques.

Le Conseiller fédéral Pascal Couchepin utilise abondamment le mot « système » dans ses interventions. Ce terme revient jusqu'à 26 fois dans une même intervention (observation n°10). Le sens du mot évoque à la fois le système de santé, mais aussi des systèmes différents mis en place pour réguler celui-ci (système du financement hospitalier dual fixe, système de la compensation des risques, etc. que l'on peut considérer comme autant de sous-systèmes). Il s'agit de l'acteur qui prononce le plus ce terme dans les débats considérés dans cette étude.

Afin de mieux cerner l'usage du terme par les parlementaires, il paraît pertinent de retirer les interventions du Conseiller fédéral de l'analyse de l'environnement du mot 'système'.

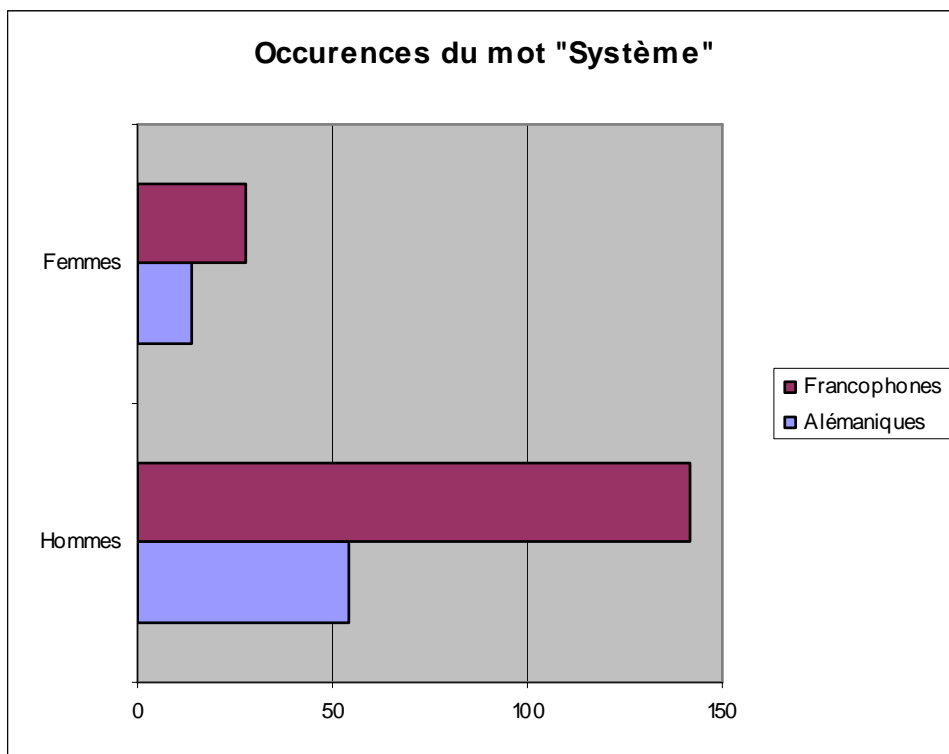


Figure 12 – Occurrences du mot "système" (Chiffres absolus)

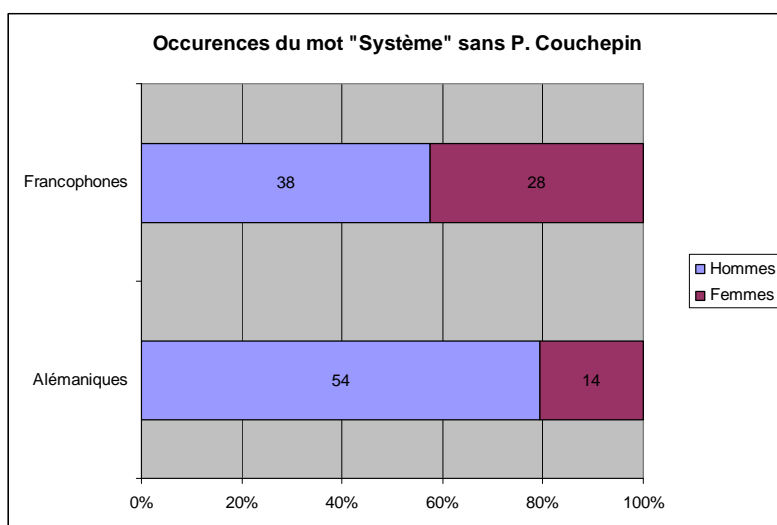


Figure 13 – Occurrence du mot "système" sans P. Couchepin et selon la langue

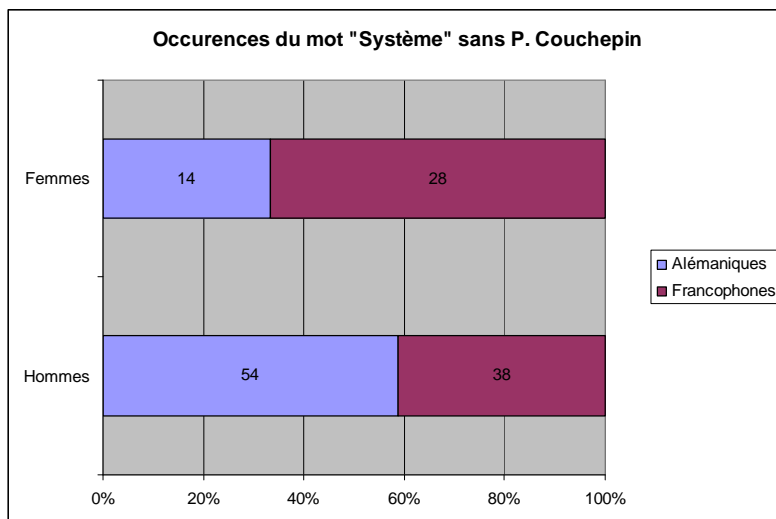


Figure 14 – Occurrences du mot "système" sans P. Couchepin et selon le sexe

En croisant le « Sexe » avec la variable « Appartenance linguistique » (alémaniques / francophones), il apparaît qu'en nombre absolu, les hommes utilisent plus souvent le mot 'système' que les femmes. Alors qu'à l'inverse, si l'on considère le sexe comme variable première, les femmes francophones utilisent plus souvent le mot 'système' alors que chez les alémaniques, ce sont les hommes qui l'utilisent le plus souvent.

En ce qui concerne l'usage du mot 'système', le sens dans lequel il est en général utilisé correspond pour tous les intervenants et intervenantes au même que celui évoqué pour le Conseiller fédéral Pascal Couchepin. A titre d'exemple, un Conseiller national francophone, Claude Ruey, utilise notamment dix fois le mot système dans une seule intervention (observation n°54), ceci dans un sens toujours identique. Il parle notamment « *des différents partenaires du système de santé* », « *d'un des meilleurs systèmes médical et sanitaire* », etc. Nous retrouvons ces mêmes expressions chez un alémanique comme le socialiste Jost Gross, « *das heutige System hat gravie rende Mängel [...]* »³² ou une alémanique comme Christine Egerszegi-Obrist « *Wenn wir über Systeme der Prämienverbilligung befinden [...]* ».³³ A chaque intervention, on retrouve un usage identique du terme sur le plan du sens.

³² Notre traduction : Le système actuel a des manques qui vont en augmentation.

³³ Notre traduction : Si nous considérons le système de réduction des primes.

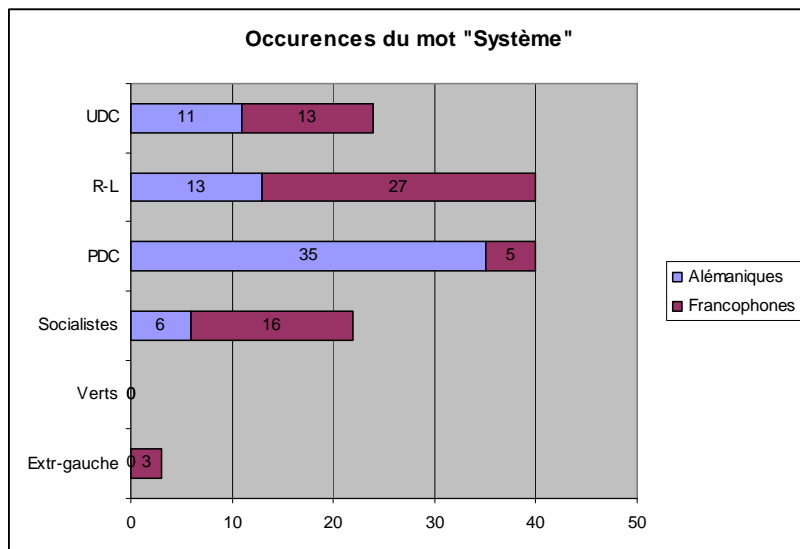


Figure 15 – Occurrences du mot "système" par groupes politiques

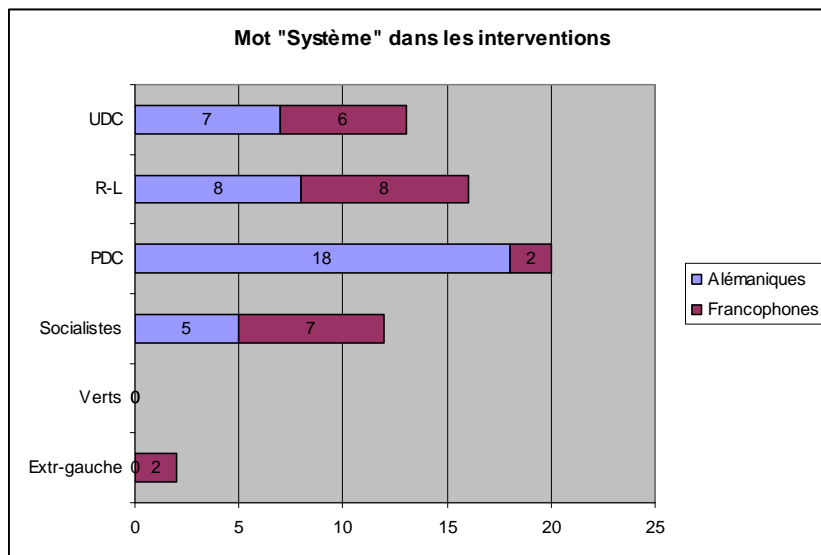


Figure 16 – Nombre d'interventions avec le mot "Système" par groupes politiques

En considérant l'usage du mot 'système' par les groupes politiques, il semble net, au vu des graphiques 15 et 16 que le terme est plus fortement utilisé par les parlementaires de droite que par ceux de gauche. Pour ces derniers, on a au total 25 utilisations du mot 'système' alors que les principaux groupes de droite en recueillent 104 (sans prendre en compte celles du Conseiller fédéral Pascal Couchepin). En croisant ces résultats avec la dimension du sexe pour les groupes présentant un nombre relativement important de réponses, il est intéressant de constater que, d'une manière générale, les femmes utilisent moins le mot 'système' que les hommes à l'exception des femmes radicales francophones. C'est l'indice de spécificité d'apparition du mot 'système' dans cette sous catégorie par rapport à l'entier du corpus qui nous permet de faire ce constat (et non le nombre absolu d'apparition du mot figurant entre parenthèse dans le tableau 70).

	Indice de spécificité hommes (Nbr. Hommes)	Indice de spécificité femmes (Nbr. Femmes)
Alémaniques Socialistes	2.17 (3)	0.65 (3)
Alémaniques Démocrates-Ch.	1.26 (31)	0.38 (4)
Alémaniques R-L	2.34 (8)	0.52 (5)
Francophones Socialistes	2.30 (8)	0.64 (8)
Francophones R-L	0.82 (15)	1.40 (12)

Tableau 70 – Indice de spécificité du mot "système" dans certaines sous-catégories (sexe, groupe, langue)

Si l'analyse du corpus montre que le mot 'système' apparaît un nombre important de fois chez les femmes Radicales-Libérales romandes, une analyse plus détaillée montre qu'il s'agit des propos d'une seule députée, Christiane Langenberger qui intervient à deux reprises en utilisant dix fois le mot système dans sa première intervention (n°4) et deux fois dans la seconde (n°172).

Chez les hommes francophones du même parti, la répartition des quinze interventions est à peine plus élargie, puisqu'une des interventions permet à son auteur de prononcer dix fois le mot 'système'. Deux interventions sur un total de six émanent d'un autre parlementaire que Claude Ruey, soit Yves Guisan (intervention n°122 et 231).

Un autre sous-groupe recourt passablement au mot 'système' : les Démocrates-Chrétiens alémaniques. Chez les femmes de cette partie de groupe, deux personnes différentes interviennent : Ruth Humbel-Näf deux fois et la Verte libérale Verena Diener deux fois également.

Les hommes de ce sous-groupe interviennent plus souvent. Sur leur quinze interventions, le mot 'système' est utilisé trente et une fois. Ces quinze interventions sont le lot de cinq messieurs intervenant respectivement de une à six fois. De ce constat, il est possible d'affirmer que le recours au mot 'système' est plutôt le lot d'une catégorie de parlementaires – les hommes – que celui d'une seule personne.

Le mot « solutions »

Par mi les mots très présents dans le corpus, le mot 'solution' figure en 16^{ème} position. Il fait également partie des termes pour lesquels la dimension genre semble jouer pleinement puisque les hommes le prononcent 141 fois dans 66 interventions et les femmes 47 fois dans 28 interventions. Il arrive en neuvième position des mots prononcés par les hommes et en 37^{ème} position des mots prononcés par les femmes.

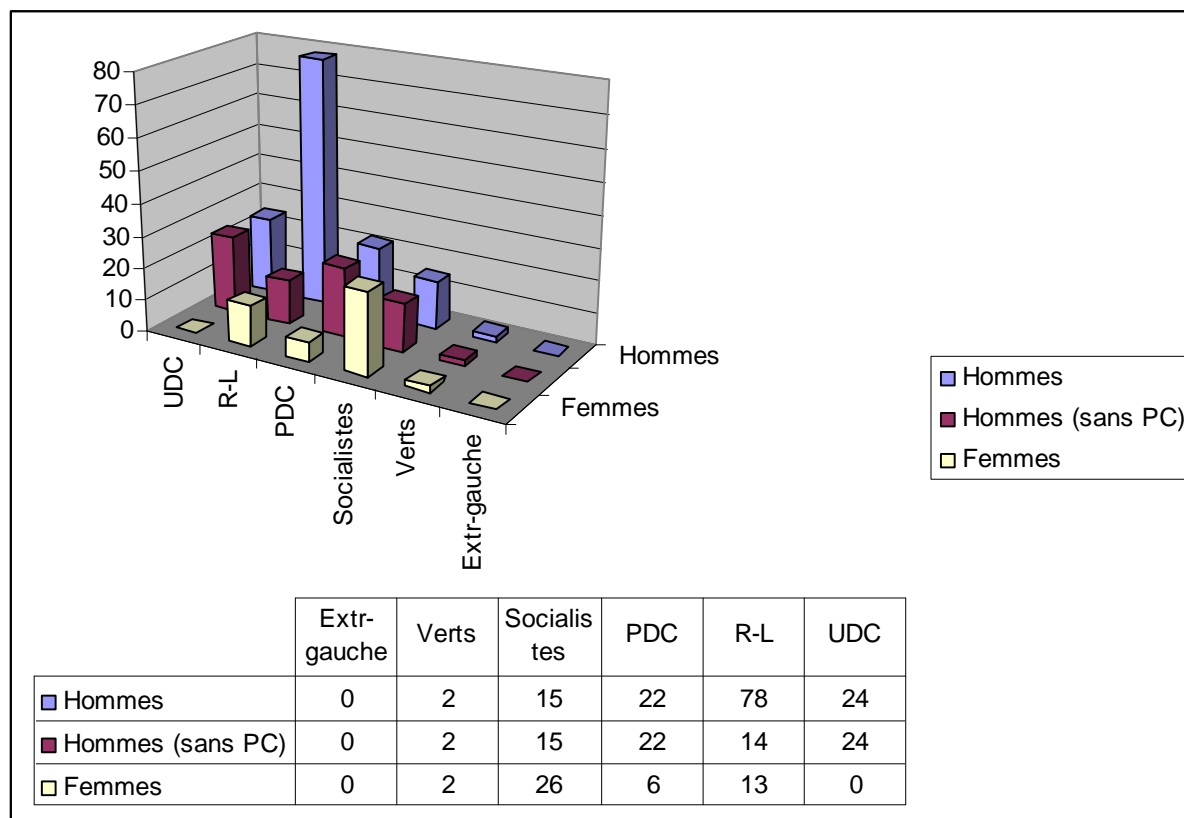


Figure 17 – Recours au mot "solutions" selon le sexe et le groupe politique

Si nous nous intéressons à l'environnement de ce mot dans le corpus, nous voyons que le terme est en règle générale toujours utilisé dans un sens identique. Les orateurs et oratrices parlent des solutions, bonnes ou mauvaises, des solutions préconisées par un organisme, une commission, un groupe de parlementaires, voire de projets globaux comme par exemple « *eine Lösung mit Teilpaketen* ». ³⁴ Il est intéressant de noter que l'usage du mot 'solutions' ne revient pas forcément à présenter une solution, mais bien plutôt à se positionner par rapport à une ou des solutions qui sont proposées par d'autres.

Le Conseiller fédéral Pascal Couchepin utilise abondamment le mot 'solutions' puisqu'il apparaît 64 fois dans 25 de ses interventions.

Les interventions du Conseiller fédéral exceptées, le terme est très présent dans les discours des femmes Socialistes et chez les hommes Démocrates-Chrétiens, mais pas chez les femmes de ce dernier parti (voir Figure 17).

Le mot « patients »

Le mot 'patient' a une répartition inverse de ce qui a été constaté pour le terme précédent. Son usage est plutôt l'apanage des femmes. Il est prononcé 56 fois par les hommes dans 29 interventions alors qu'il est prononcé 147 fois par les femmes dans seulement 38 interventions.

Sur le plan de l'importance accordée au mot 'patients' dans le corpus par rapport au sexe, celui-ci arrive en quatrième position chez les femmes et en 37^{ème} position chez les hommes. Ces éléments montrent que le terme est surreprésenté dans le discours des femmes par rapport à celui des hommes.

³⁴ Notre traduction : Une solution en paquets séparés.

Notons également que les femmes parlent dans une large majorité de « patients et patientes » ou « Patientinnen und Patientinnen » alors que les hommes, à quelques exceptions près – onze interventions – parlent de ‘patients’ ou ‘Patienten’ en utilisant le terme dans un sens plus générique sous la forme masculine plurielle.

Faut-il simplement voir dans ce constat une considération plus grande des femmes pour le langage épïcène ? Pas seulement. Dans le discours majoritaire des hommes, le patient est une entité relativement abstraite que les propos du Conseiller national Ruey illustrent bien (Intervention 335) : « *La solution que nous avons trouvée lors du premier débat est une limite de la participation des patients à 20 pour cent des coûts* ». Lorsqu’ils utilisent le masculin et le féminin, les discours majoritaires des femmes semblent aller au-delà de l’aspect formel du respect du langage épïcène puisqu’ils intègrent le souci de la prise en compte de la réalité des patients et des patientes. Quand la Conseillère nationale Ruth Humbel Näf relève que « *Für einen Patienten, eine Patientin sind solch formaljuristische Abgrenzung nämlich irrelevant* »³⁵, on peut considérer qu’elle se met à la place du patient et qu’elle fait part de la réalité vécue par les personnes. Ce type de considérations se trouve chez les femmes, et en plus grand nombre chez celles des partis de gauche, telle cette intervention de la Conseillère nationale Christine Goll « *[...] wie hoch die Belastung für pflegebedürftige Patientinnen und Patienten künftig sein soll* »³⁶ (Intervention 336).

Tout se passe comme si la plupart des interventions où les formes féminine et masculine du terme sont présentes, l’on considère plus la réalité des personnes qui sont derrière le terme, comme si l’usage du terme était plus empreint d’empathie. Ce constat est valable dans les deux langues, français et allemand. Les onze interventions, dont l’auteur est masculin et qui utilisent les deux formes ‘patients’ et ‘patientes’ émanent de députés qui défendent l’un ou l’autre des aspects en faveur des patients. Ils s’insurgent notamment contre les coûts supplémentaires mis à la charge des personnes (Interventions 173, 216), contre la nécessité du recours à un médecin pour la prescription de physiothérapie par un chiropraticien, contre les conséquences du financement hospitalier via les DRG (233, 320), etc. Notons au passage que Le mot ‘patiente’ n’est jamais utilisé seul.

5.3.3 Analyse thématique

Dans ce volet de l’étude, nous présentons les résultats de l’analyse thématique réalisée à l’aide du logiciel d’analyse lexicale Sphinx® (notons au passage que le terme employé par le logiciel pour décrire cette tâche est « analyse de contenu »). Comme évoqué dans le chapitre consacré à la méthodologie, nous avons déterminé de manière empirique quatre thématiques générales nous paraissant pertinentes pour comprendre les débats. Certaines d’entre elles ont été subdivisées en sous catégories. L’analyse thématique proposée par le programme Sphinx® permet d’attribuer chaque intervention d’un-e parlementaire (définie par le logiciel d’analyse comme une observation) à une ou plusieurs des catégories retenues.

Les 302 interventions des parlementaires ont été codées lorsqu’elles contenaient des éléments concernant :

- L’argumentation : développements du discours faisant référence à certaines études scientifiques ou rapports, à des expériences personnelles (comme individu ou dans le cadre de la fonction professionnelle exercée) ou à une idéologie particulière (responsabilité, solidarité, valeurs bourgeoises).
- La définition des soins : en fonction des intérêts des acteurs, de la nature des soins, ou de

³⁵ Notre traduction : Pour un patient, pour une patiente, ces frontières juridiques formelles n’ont pas de sens.

³⁶ Notre traduction : Aussi haut que soit la charge pour les patientes et les patients nécessitant des soins, elle doit être supportable

la charge financière qu'ils représentent.

- Les acteurs mentionnés, voire soutenus : les assureurs, les patients, l'Etat ou les prestataires de service.
- Les aspects des soins abordés : le caractère professionnel, non-professionnel, la conception des soins, leur exécution, les émotions qui y sont liées, la qualité des soins.

En ce qui concerne la notion d'idéologie, nous nous référons à la définition positive du terme qui conçoit l'idéologie « *en tant que croyance particulière fondamentale des groupes des personnes* » (van Dijk, 2006, p. 2). Ainsi, dans la mesure où elles renvoient au système de croyances des acteurs et actrices, les idéologies ont des dimensions sociales et cognitives. Elles participent à la construction de l'identité des groupes.

De notre corpus, seules les interventions qui contiennent des informations correspondant aux thématiques susmentionnées sont codées. L'effectif d'interventions codé n'est donc pas le même pour toutes les thématiques. Les statistiques descriptives présentées ci-après mettent en évidence le pourcentage d'interventions (observations) pour lesquelles la thématique a été identifiée (colonne '% obs') mais aussi le pourcentage de la thématique en regard des autres thématiques retenues (colonne 'Vue').

Dans les lignes qui suivent, nous présentons d'abord la description des analyses par des tableaux à plat. Dans un deuxième temps, nous croisons certaines données pertinentes avec d'autres variables relatives aux profils des parlementaires.

Description des tableaux à plat :

- Les soins :

Une observation préliminaire permet d'affirmer que la nature des soins n'est que peu abordée durant les débats sur le financement des soins. Seules 53 interventions sur 302 contiennent un discours à ce propos. 49.1% de ces dernières interventions font référence au caractère professionnel des soins et une proportion minimale aborde des questions telles que la qualité des soins, les aspects émotionnels liés aux soins, le rôle et la charge des proches dans les soins (soins effectués par des non-professionnel-le-s).

Détail - nature des soins			
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions.			
Référence : pourcentages pour les 53 observations de la vue			
	Nb	% obs.	Vue
caract. professionnel	26	8,6%	49,1%
caract non-professionnel	7	2,3%	13,2%
conception	1	0,3%	1,9%
exécution	5	1,7%	9,4%
émotions	1	0,3%	1,9%
qualité	13	4,3%	24,5%
Total	302		100,0%

Thématique	% obs.	Vue
caract. professionnel	8,6%	49,1%
caract non-professionnel	2,3%	13,2%
conception	0,3%	1,9%
exécution	1,7%	9,4%
émotions	0,3%	1,9%
qualité	4,3%	24,5%

Tableau 71 – Analyse de contenu – Nature des soins

Le débat se situe donc davantage autour de la définition des soins (203 interventions codées) en tant qu'enjeu d'intérêts divergents entre acteurs (41.4% des interventions traitant de la définition des soins) et autour de la charge financière que les soins représentent dans le système de santé suisse (50.7%).

Définition des soins			
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions. Référence : pourcentages pour les 203 observations de la vue			
	Nb	% obs.	Vue
intérêts des acteurs	84	27,8%	41,4%
nature des soins	16	5,3%	7,9%
charge financière	103	34,1%	50,7%
Total	302		100,0%

Tableau 72 – Analyse de contenu – Définition des soins

- Les acteurs :

Les acteurs les plus évoqués par les parlementaires sont tout d'abord l'Etat (37.3% des acteurs évoqués) et les patients (33.5%), puis les assureurs (15.2%) et les prestataires de service (14.1%).

Détail - intérêt des acteurs			
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions. Référence : pourcentages pour les 263 observations de la vue			
	Nb	% obs.	Vue
assureurs	40	13,2%	15,2%
patients	88	29,1%	33,5%
Etat	98	32,5%	37,3%
prestataires	37	12,3%	14,1%
Total	302		100,0%

Tableau 73 – Analyse de contenu – Acteurs mentionnés

Selon le tableau 74, les discours font le plus souvent l'objet d'une référence à une idéologie particulière (68.4% des interventions relevant d'un référentiel particulier). Les données chiffrées et les études scientifiques sont sollicitées dans 21.7% des interventions, viennent ensuite les expériences propres (9.9%).

Référentiel			
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions. Référence : pourcentages pour les 152 observations de la vue			
	Nb	% obs.	Vue
expériences propres	15	5,0%	9,9%
données chiffrées	33	10,9%	21,7%
idéologie	104	34,4%	68,4%
Total	302		100,0%

Tableau 74 – Analyse de contenu – Référentiel

L'idéologie la plus sollicitée par les parlementaires est celle de la responsabilité, elle concerne 29.1 % de toutes les interventions et 55.7% des interventions qui font référence à une idéologie particulière (tableau 75).

Détail idéologie			
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions.			
Référence : pourcentages pour les 158 observations de la vue			
	Nb	% obs.	Vue
solidarité	52	17,2%	32,9%
valeurs bourgeoises	18	6,0%	11,4%
responsabilité	88	29,1%	55,7%
Total	302		100,0%

Tableau 75 – Analyse de contenu – Référentiel / Détail idéologie

Ces premiers éléments posés, nous pouvons maintenant poursuivre cette analyse thématique et croiser ces résultats avec certaines variables significatives sur lesquelles nous avons déjà travaillé dans les chapitres précédents.

Variable « Sexe » :

La seule relation très significative de cette analyse thématique, est celle qui prévaut entre le sexe de la/du parlementaire et l'idéologie qu'elle/il mobilise dans son discours. Les femmes font davantage référence à la « solidarité » en tant qu'argument justificatif de leur positionnement (63.5% des références à cette valeur), ce n'est presque pas le cas pour les hommes. En ce qui concerne les « valeurs bourgeoises », les femmes y font par contre très peu référence. La « responsabilité » semble être l'apanage des deux sexes, avec une faible majorité pour les discours tenus par les hommes (53.2%).

Idéologie et sexe						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
solidarité	33	63,5%	19	36,5%	52	100,0%
valeurs bourgeoises	5	27,8%	13	72,2%	18	100,0%
responsabilité	36	40,9%	52	59,1%	88	100,0%
Total	74	46,8%	84	53,2%	158	100,0%

p = 0,8% ; chi2 = 9,64 ; ddl = 2 (TS)

Tableau 76 – Analyse de contenu – Idéologie x Sexe

Selon le tableau 77, le positionnement en faveur d'acteurs particuliers, ou tout au moins l'évocation de certains acteurs, est peu significatif en relation à la variable « Sexe ». On observe tout de même que les femmes mentionnent proportionnellement plus les « patients » (58%) et les « prestataires de service » (64.9%) que les hommes. Les hommes mentionnent, quant à eux, un peu plus « l'Etat » (57.1%). Les « assureurs » sont mentionnés de manière à peu près équivalente tant chez les hommes que chez les femmes.

Intérêts des acteurs et sexe						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
assureurs	19	47,5%	21	52,5%	40	100,0%
patients	51	58,0%	37	42,0%	88	100,0%
État	42	42,9%	56	57,1%	98	100,0%
prestataires	24	64,9%	13	35,1%	37	100,0%
Total	136	51,7%	127	48,3%	263	100,0%

p = 6,3% ; chi2 = 7,30 ; ddl = 3 (PS)

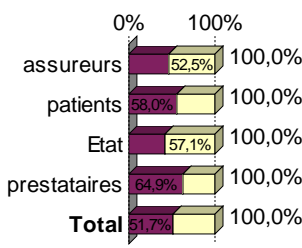


Tableau 77 – Analyse de contenu – Intérêts des acteurs x Sexe

Les femmes parlementaires semblent avoir tendance à plus parler des soins en fonction des « intérêts des acteurs » (57.1%) et de la « nature des soins » (56.3%) qu'en fonction de la charge financière qu'ils représentent (41.7%). Toutefois, cette relation est peu significative et donc à relativiser.

Définition des soins et sexe						
	F		M		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
intérêts des acteurs	48	57,1%	36	42,9%	84	100,0%
nature des soins	9	56,3%	7	43,8%	16	100,0%
charge financière	43	41,7%	60	58,3%	103	100,0%
Total	100	49,3%	103	50,7%	203	100,0%

p = 9,4% ; chi2 = 4,73 ; ddl = 2 (PS)

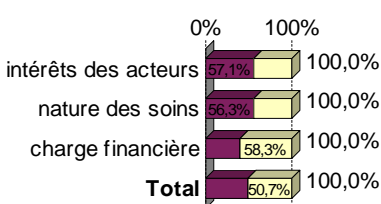


Tableau 78 – Analyse de contenu – Définition des soins x Sexe

Variable « Groupe politique » :

Les résultats sont peu significatifs en ce qui concerne la relation entre l'appartenance à un groupe politique et la définition des soins (tableau 79). On peut tout de même remarquer que les Socialistes sont les plus nombreux à faire référence aux intérêts des acteurs (32.1%). Ils sont suivis par 26.2% de Radicaux-Libéraux et 22.6% de Démocrates-Chrétiens. La thématique de la charge financière est principalement le monopole des Radicaux-Libéraux (39.8%) et des Démocrates-Chrétiens (28.2%), les Socialistes n'y ont recours que dans 18.4% des cas. Les Socialistes sont également les plus nombreux à définir les soins par rapport à leur nature (37.5% de ce type de définition est le fait d'un-e socialiste).

Groupe politique et définition des soins								
	intérêts des acteurs		nature des soins		charge financière		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Extrême gauche	3	3,6%	1	6,3%	1	1,0%	5	2,5%
Verts	5	6,0%	2	12,5%	3	2,9%	10	4,9%
Socialistes	27	32,1%	6	37,5%	19	18,4%	52	25,6%
Démocrates-chrétiens	19	22,6%	4	25,0%	29	28,2%	52	25,6%
Radicaux-libéraux	22	26,2%	2	12,5%	41	39,8%	65	32,0%
UDC	8	9,5%	1	6,3%	10	9,7%	19	9,4%
Total	84	100,0%	16	100,0%	103	100,0%	203	100,0%

p = 13,2% ; chi2 = 15,00 ; ddl = 10 (PS)

Groupe politique	patients	l'Etat	prestataires de service	assureurs
Extrême gauche	60%	0%	0%	40%
Verts	50%	0%	0%	50%
Socialistes	51,9%	0%	0%	48,1%
Démocrates-chrétiens	0%	55,8%	0%	44,2%
Radicaux-libéraux	63,1%	0%	0%	36,9%
UDC	0%	52,6%	0%	47,4%
Total	50,7%	0%	0%	49,3%

Tableau 79 – Analyse de contenu – Groupe politique x Définition des soins

La relation entre les groupes politiques et la définition des intérêts des acteurs est significative (tableau 80 et son schéma). Les Verts mentionnent souvent la catégorie « patients » et peu celle de « l'Etat ». C'est le cas également des Socialistes avec 33 % de référence aux « patients ». Ils sont également nombreux à mentionner la catégorie des « prestataires de service ». Les Démocrates-Chrétiens mentionnent souvent « l'Etat » en tant qu'acteur (28.6% des références à « l'Etat » sont faites par eux), tout comme les Radicaux-Libéraux. Ces derniers parlent peu des « patients ». Les représentants de l'UDC parlent beaucoup des « assureurs », en comparaison des autres partis.

La variable « Groupe politique » est significative pour l'explication de la référence à une idéologie particulière (tableau 81 et son schéma). Les parlementaires socialistes font activement référence à l'idéologie de « solidarité », alors qu'ils font peu référence à l'idéologie de la « responsabilité ». Pour le groupe des Radicaux-Libéraux, c'est l'inverse. Ils font activement référence à la « responsabilité » et peu référence à la « solidarité ». Ces résultats suivent les orientations globales des grands partis politiques et les valeurs qu'ils prônent. Les représentants des autres partis du bloc gauche (Verts et Extrême gauche) font également davantage référence à la « solidarité » qu'à la « responsabilité » et ceux de droite (UDC) et du centre (Démocrates-Chrétiens) argumentent à l'inverse.

Ces interventions indiquent que le débat se situe principalement à un niveau idéologique. La polarisation entre les blocs et la mobilisation de valeurs contribuent à une politisation du débat.

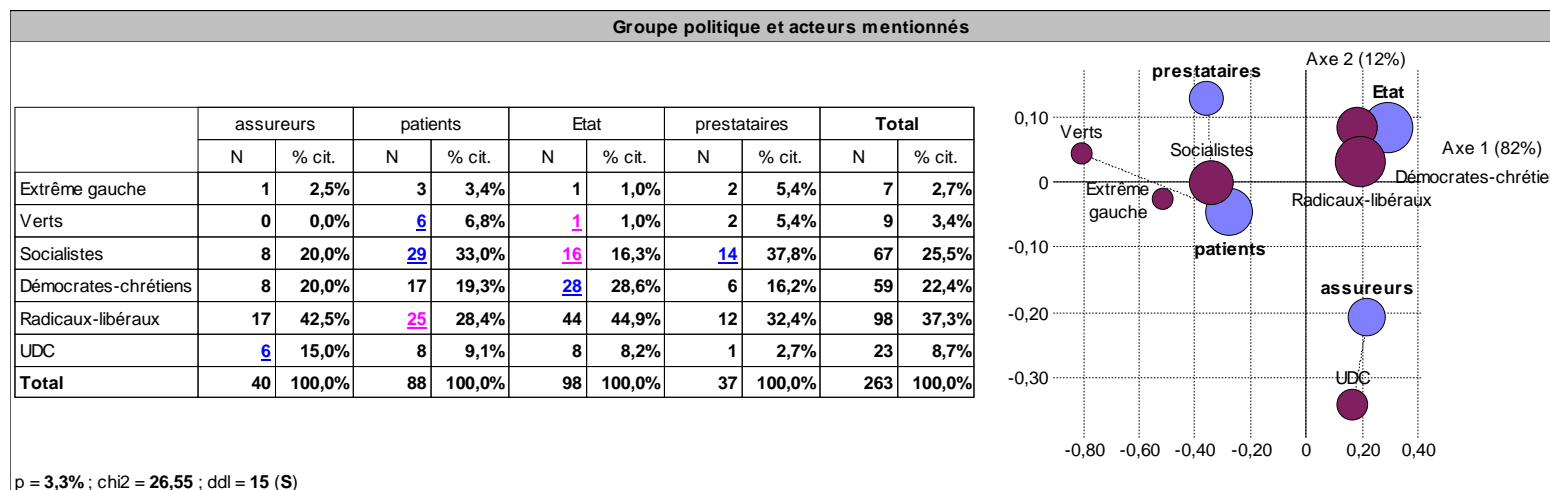


Tableau 80 – Analyse de contenu – Groupes politiques x Acteurs mentionnés

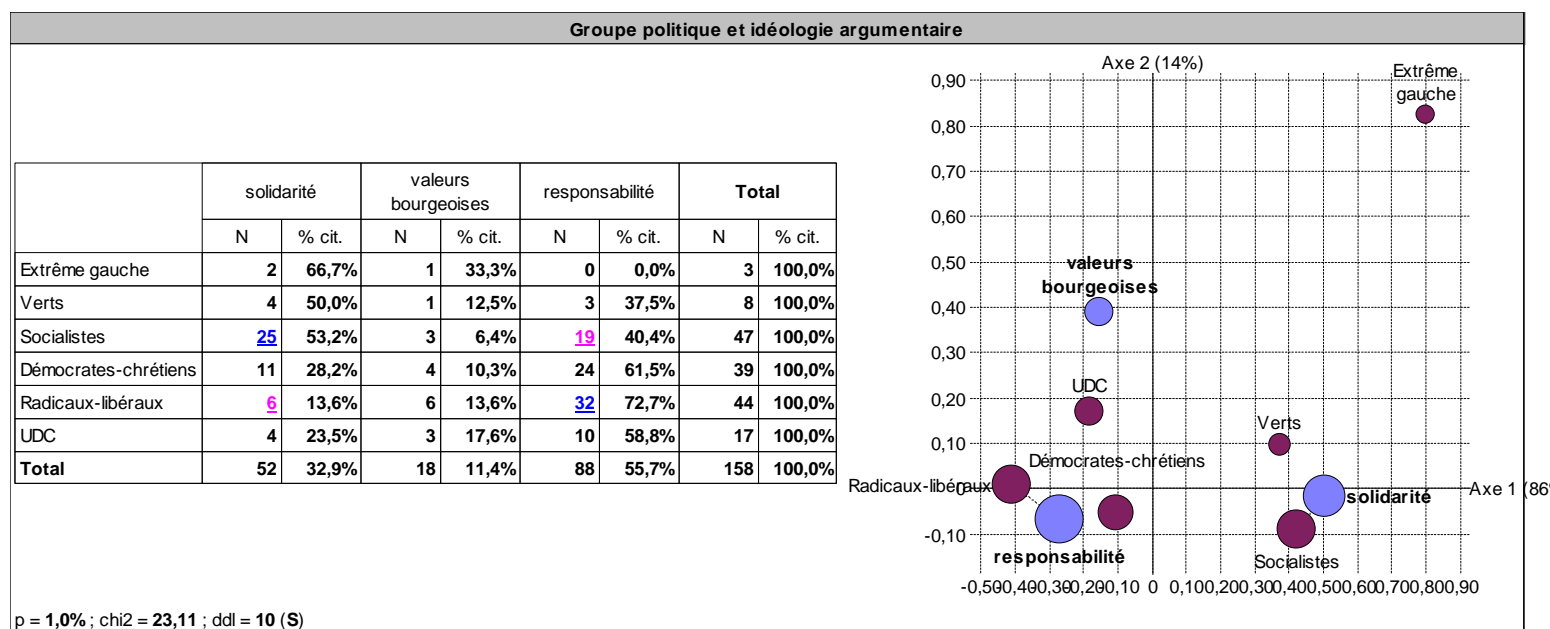


Tableau 81 – Analyse de contenu – Groupe politique x Idéologie

Variable « Appartenance linguistique » :

L'appartenance linguistique n'éclaire pas notre propos et n'apporte pas de résultats significatifs par rapport aux différentes approches et justifications dans le débat sur le financement des soins. La raison principale est d'ordre méthodologique, pour chaque thématique de l'analyse du contenu, la grande majorité des interventions codées sont alémaniques. Cela n'autorise pas une réelle comparaison entre les régions linguistiques.

Variable « Chambre parlementaire » :

Cette variable est peu, voire non significative, pour expliquer le positionnement des parlementaires. Toutefois, l'idéologie à laquelle font référence les parlementaires n'est pas la même dans les deux chambres. Il semble que le discours soit davantage porté vers les « valeurs bourgeoises » (72.2%) et la « solidarité » (59.6%) au sein du Conseil national qu'au Conseil des Etats. A l'inverse, la « responsabilité » est évoquée un peu plus souvent au sein du Conseil des Etats (52.3%) qu'au Conseil national (47.7%). Comme il s'agit d'une différence minime, elles est donc à relativiser.

chambre et idéologie						
	CE		CN		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
solidarité	21	40,4%	31	59,6%	52	100,0%
valeurs bourgeoises	5	27,8%	13	72,2%	18	100,0%
responsabilité	46	52,3%	42	47,7%	88	100,0%
Total	72	45,6%	86	54,4%	158	100,0%

p = 10,8% ; chi2 = 4,45 ; ddl = 2 (PS)

Tableau 82 – Analyse de contenu – Chambre x Idéologie

Variable « Tranche d'âge » :

L'idéologie mobilisée dans le discours est également mise en relation de manière significative avec la variable « Tranche d'âge ». La « solidarité » est une valeur significativement utilisée par la tranche d'âge la plus jeune de la population étudiée (67.3%), alors qu'elle est peu mobilisée par la tranche d'âge plus âgée (32.7%). Il n'y a pas ou peu de différence pour les autres valeurs de référence.

Tranche d'âge et idéologie								
	solidarité		valeurs bourgeoises		responsabilité		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
25-40	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
41-55	35	67,3%	9	50,0%	36	40,9%	80	50,6%
56-70	17	32,7%	9	50,0%	52	59,1%	78	49,4%
Total	52	100,0%	18	100,0%	88	100,0%	158	100,0%

p = 1,0% ; chi2 = 9,12 ; ddl = 2 (S)

Tableau 83 – Analyse de contenu – Tranche d'âge x Idéologie

Variable « Période » :

La période pendant laquelle se déroulent les débats est explicative de certains positionnements par rapport aux thématiques définies dans l'analyse de contenu. La Période I

est caractérisée par peu de référence aux « assureurs » en tant qu'acteurs et une référence élevée aux « prestataires de service ». Les « patients » et « L'Etat » sont quant à eux davantage mentionnés dans la Période II. Cela n'est pas surprenant car la Période II est entièrement consacrée au financement des soins. Nous pouvons donc supposer que les intérêts des divers acteurs concernés sont plus âprement débattus.

Phase et intérêt des acteurs						
	I		II		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
assureurs	3	7,5%	37	92,5%	40	100,0%
patients	20	22,7%	68	77,3%	88	100,0%
Etat	17	17,3%	81	82,7%	98	100,0%
prestataires	15	40,5%	22	59,5%	37	100,0%
Total	55	20,9%	208	79,1%	263	100,0%

p = 0,3% ; chi2 = 13,90 ; ddl = 3 (TS)

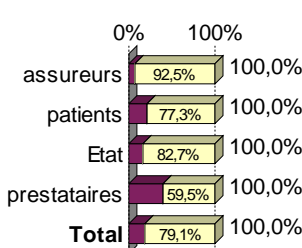


Tableau 84 – Analyse de contenu – Période x Acteurs

La Période I est caractérisée par une présence significative de la référence à la « solidarité » et d'une absence totale des « valeurs bourgeoises » dans les interventions des parlementaires.

Phase et idéologie						
	I		II		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
solidarité	10	19,2%	42	80,8%	52	100,0%
valeurs bourgeoises	0	0,0%	18	100,0%	18	100,0%
responsabilité	7	8,0%	81	92,0%	88	100,0%
Total	17	10,8%	141	89,2%	158	100,0%

p = 3,4% ; chi2 = 6,78 ; ddl = 2 (S)

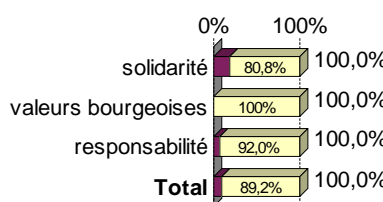


Tableau 85 – Analyse de contenu – Période x Idéologie

De manière générale, la plupart des interventions qui mentionnent une idéologie particulière par rapport à notre objet se situe dans la Période II.

Variable « Domaine d'activité » :

De manière générale, il n'y a pas de correspondance claire entre l'exercice d'une profession dans le domaine de la santé et la mention d'acteurs issus du domaine de la santé lors du débat (en vue d'une éventuelle défense directe des intérêts) (tableau 86). Notons tout de même que les parlementaires prestataires de service mentionnent souvent les « patients » (43.5%), tout comme le font les employés de l'éducation et de la formation (66.7%) et du social (50%). Les personnes actives dans le domaine de l'agriculture (52.9%), de l'administration (52.9%), du juridique (45.3%) et des assurances maladie (43.8%) font au contraire davantage mention de « l'Etat ».

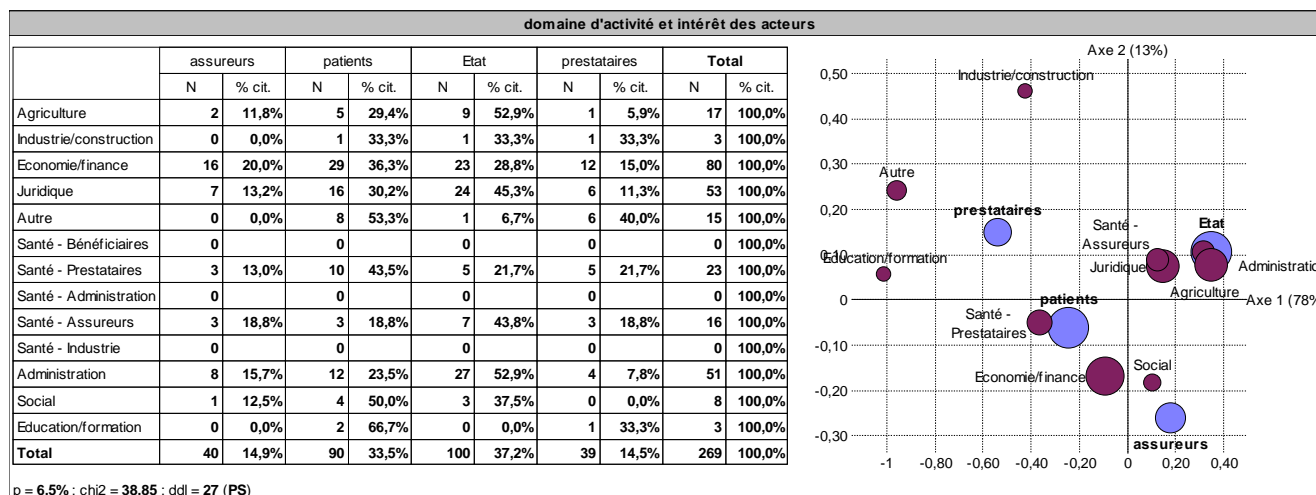


Tableau 86 – Domaine d'activité x Intérêts acteurs

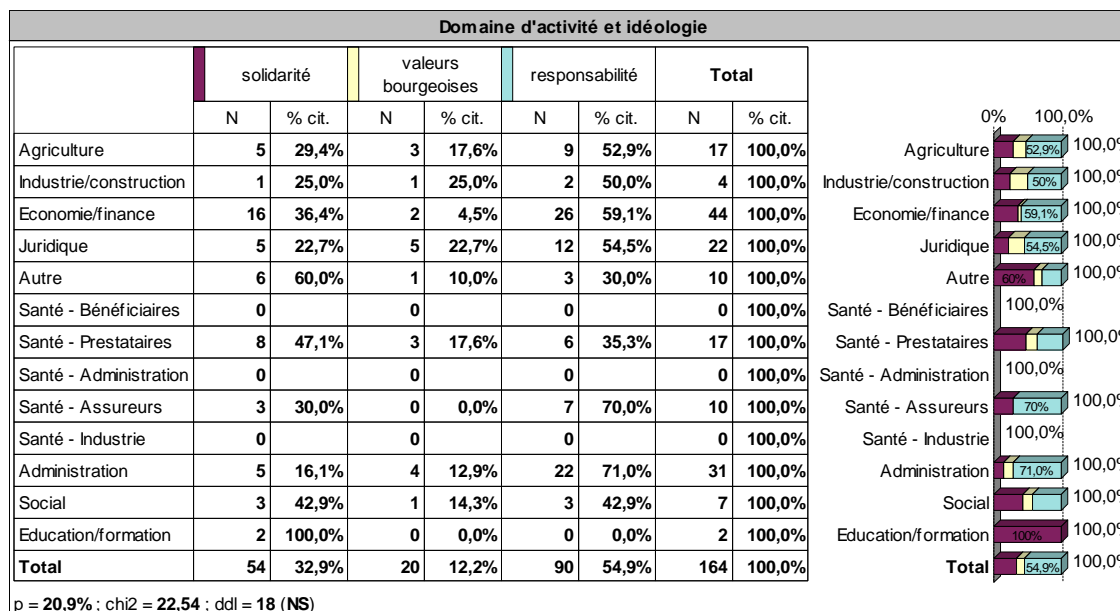


Tableau 87 – Domaine d'activité x Idéologie

Il n'y a pas de relation significative entre l'idéologie et le domaine d'activité des parlementaires (tableau 87). Pourtant, il y a une correspondance entre les assureurs (et les employés de l'administration) et la valeur de la « responsabilité » (respectivement 70% et 71%) et des milieux de l'économie, de la construction et de l'agriculture avec cette thématique (plus de 50% chacun). Les prestataires de service ainsi que les employés du social ont un discours qui se réfère majoritairement à la « solidarité ».

Variable « Groupe d'intérêts » :

Globalement, tous les membres des groupes d'intérêts se réfèrent majoritairement à la valeur de la « responsabilité ». Bien entendu, les valeurs de « solidarité » et de « responsabilité » (les « valeurs bourgeoises » sont nettement moins mentionnées) peuvent être employées en se référant à différents acteurs de manière peu différenciée, que ce soit l'Etat, les assureurs, les prestataires de service ou les bénéficiaires.

groupes d'intérêt et idéologie								
	solidarité		valeurs bourgeoises		responsabilité		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Agriculture	9	24,3%	6	16,2%	22	59,5%	37	100,0%
Industrie/construction/défense/énergie	23	29,1%	9	11,4%	47	59,5%	79	100,0%
Santé/bénéficiaires	25	33,3%	8	10,7%	42	56,0%	75	100,0%
Santé/prestataires	17	38,6%	4	9,1%	23	52,3%	44	100,0%
Santé/administration	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%	5	100,0%
Santé/assureurs	6	14,6%	5	12,2%	30	73,2%	41	100,0%
Santé/Industrie	3	37,5%	0	0,0%	5	62,5%	8	100,0%
Administration	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%	5	100,0%
Social	19	25,0%	11	14,5%	46	60,5%	76	100,0%
Education/formation/recherche	11	32,4%	2	5,9%	21	61,8%	34	100,0%
Economie/finance/assurances non sociales	37	30,8%	15	12,5%	68	56,7%	120	100,0%
Religieux	2	14,3%	3	21,4%	9	64,3%	14	100,0%
Médias	1	9,1%	3	27,3%	7	63,6%	11	100,0%
Tourisme	3	10,7%	3	10,7%	22	78,6%	28	100,0%
Culture/sport	23	39,0%	5	8,5%	31	52,5%	59	100,0%
Environnement	13	34,2%	3	7,9%	22	57,9%	38	100,0%
Autres	18	26,9%	9	13,4%	40	59,7%	67	100,0%
Total	212	28,6%	86	11,6%	443	59,8%	741	100,0%

p = 61,9% ; chi2 = 29,01 ; ddl = 32 (NS)

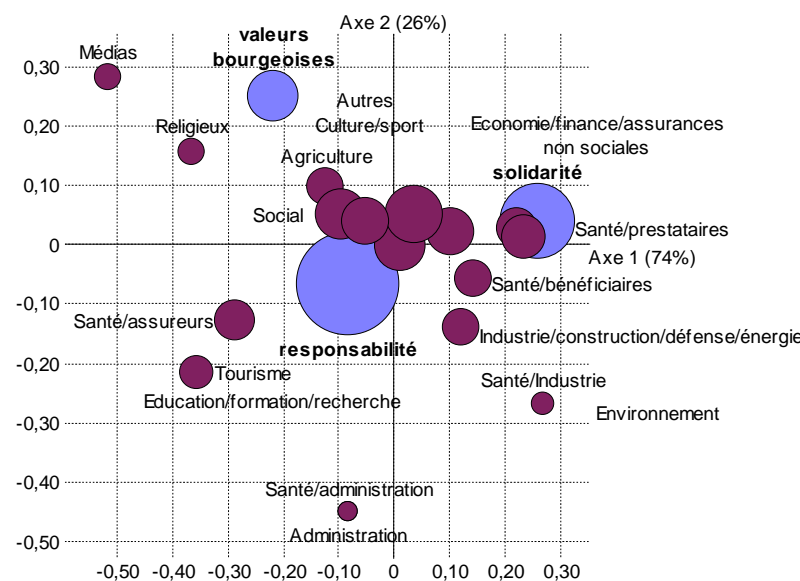


Tableau 88 – Analyse de contenu – Groupes d'intérêts x Idéologie

Idéologie et référence aux acteurs :

Ce croisement de deux variables de l'analyse de contenu permet d'approfondir le point mentionné ci-dessus. Les parlementaires qui font référence à la « solidarité » mentionnent significativement beaucoup les « patients » en tant qu'acteurs politiques (43.3%) et les « prestataires » (16.3%) alors que « l'Etat » n'est que peu mentionné. Par contre, « l'Etat » en tant qu'acteur est plutôt associé à la valeur « responsabilité » (39.9%).

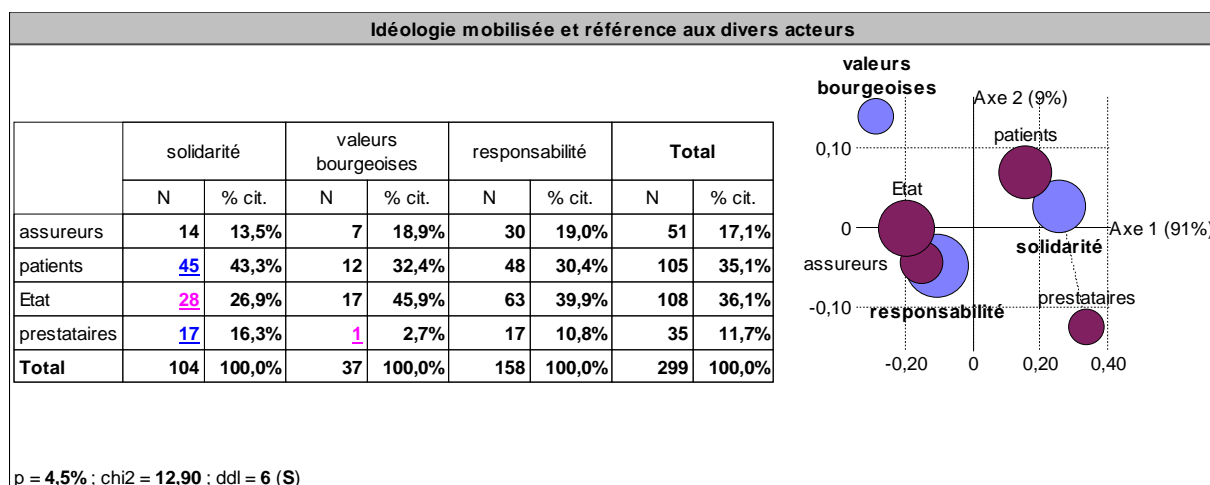


Tableau 89 – Analyse de contenu – Idéologie x Référence aux acteurs

Idéologie mobilisée et définition des soins :

Logiquement, les parlementaires qui font référence à l'idéologie de la « responsabilité » définissent majoritairement les soins en tant que charge financière (60%). A l'opposé, les parlementaires qui font appel à la « solidarité » sont les plus nombreux à parler des intérêts des acteurs (42.6%) et de la nature des soins (52.6%).

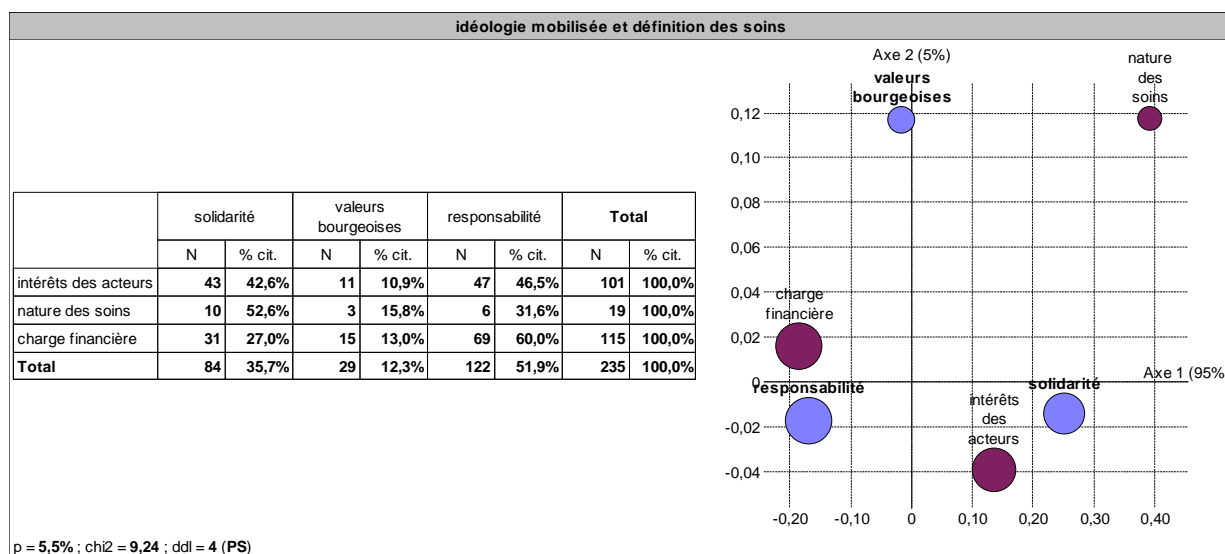


Tableau 90 – Analyse de contenu – Idéologie x Définition des soins

Conclusions :

Nous retiendrons que l'idéologie est un élément de référence central dans les interventions des parlementaires. Nous en concluons à ce stade de la recherche que les débats sur le financement des soins sont victimes de la polarisation politique des parlementaires qui s'expriment sur le sujet, les blocs de droite et du centre arguent en faveur de la responsabilité individuelle, des charges financière en jeu et des intérêts de l'Etat, alors que le bloc gauche clame la solidarité, les intérêts des acteurs en jeu, ceux des patients ayant la priorité. Le débat de fond sur les soins en tant que tel est en quelque sorte étouffé par cette opposition nette entre les blocs politiques.

5.4 Analyse des discours – Eléments comparatifs entre quelques figures emblématiques

A la lecture des débats du Plénum et dans la continuité des analyses lexicales et de contenu précédemment présentées, des formes de discours relativement typiques ont émergé des débats. C'est pourquoi nous présentons ci-après deux formes de discours nous paraissant susceptibles d'aider à la compréhension de la dynamique ayant prévalu lors des débats.

Nous présentons d'abord le discours des femmes parlementaires qui, on l'a vu, sont très présentes lors des débats, qu'elles soient issues de la gauche ou de la droite de l'échiquier politique. Nous présentons ensuite un discours particulier mais très présent dans les débats, le discours du Conseiller fédéral Pascal Couchepin, Ministre du Département fédéral de l'Intérieur, et par là en charge des affaires sanitaires.

Faute de temps, il ne nous est pas possible d'entreprendre le même travail d'analyse auprès des discours des hommes.

5.4.1 Discours des femmes parlementaires

La comparaison des modes argumentaires des femmes parlementaires qui sont intervenues au cours des débats sur le financement des soins met en lumière un certain nombre d'éléments que nous abordons dans ce volet au travers de deux lignes principales :

- Des thématiques propres aux débats sont abordées de manière singulière par les femmes de gauche et de droite (neutralité des coûts, principes fondateurs, etc.).
- Une stratégie d'argumentation en position de minorité différente pour des femmes de droite et pour des femmes de gauche est mise en évidence (rapport à la fonction, liens d'intérêts, etc.).

Principe de neutralité des coûts vs. Principe fondateur de remboursement

Les parlementaires mènent un débat où deux principes s'affrontent régulièrement au sein du processus de révision de la LAMal : il s'agit de celui de neutralité des coûts et de celui de remboursement des soins.

Le principe de la neutralité des coûts (« kostenneutral ») est issu du message du Conseil fédéral de février 2005 (Conseil fédéral, 05.025) : « *Un nouveau régime de financement des soins doit poursuivre deux objectifs : d'une part, améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins ; d'autre part, éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie qui, dans le système actuel, prend en charge un nombre croissant de prestations de soins liées à la vieillesse* ». Cette exigence de « *ne pas charger davantage l'assurance-maladie* » se traduit au cours des sessions parlementaires par un objectif de « *neutralité des coûts* » qui est l'argument-phare pour ne pas légiférer sur des mesures dont les coûts ne sont pas mesurables ou qui mèneront probablement à une augmentation des dépenses.

Face à ce principe de neutralité des coûts se dessine une argumentation autour de l'article 25, al. 2, let. a LAMal (RS 832.10), entré en vigueur en 1996 :

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent: les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par :

1. des médecins, 2. des chiropraticiens, 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical.

Or les défenseurs de ce principe fondateur de la LAMal – que beaucoup interprètent comme la pierre angulaire de la loi qui aurait largement participé à son acceptation par le peuple – constatent que, dans les faits, ce principe n'a jamais été mis en application.

Alors que c'est la valeur de l'épargne qui est mise en avant par les partisans de la neutralité des coûts (majorité de politiciens de droite), ce sont les valeurs de justice et de rétablissement du droit qui sont sollicités par les partisans du principe de remboursement (partis de gauche principalement).

Les deux principes sont mutuellement contestés par leurs opposants respectifs. Le principe de neutralité des coûts est par exemple attaqué par la députée Anita Fetz – mais également par Liliane Maury-Pasquier (intervention 228) et par Christine Goll (interventions 139 et 336) – qui reproche le fait que ce principe ne s'applique qu'aux assureurs : « *wir beantragen Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zu folgen und diese – ich sage einmal – einseitige Kostenneutralität für die Krankenversicherer aus mehreren Gründen zu streichen* »³⁷ (intervention 301). Elle exprime également cet avis lorsqu'elle déclare : « *Das Ziel ist nicht nur, wenn Sie die Gesamtheit anschauen, Mehrleistungen zu verhindern, sondern die Kosten umzuverteilen – und das tun wir heute !* »³⁸ (intervention 218).

De leur côté, les opposants au principe de remboursement adoptent principalement une stratégie d'omission qui consiste à ne pas se prononcer sur ce sujet et à éviter d'entrer en discussion à ce propos. Une exception à cette stratégie d'omission est celle de la députée démocrate-chrétienne Ruth Humbel-Näf qui recherche des éléments montrant que le principe de remboursement intégral est depuis longtemps battu en brèche. Elle cite devant l'Assemblée des éléments qui remettent en question ce principe (débat au Conseil des Etats en 1992 et article de presse de 1995) (intervention 238). Le fait que la députée Ruth Humbel-Näf ait fait ce travail d'enquête sur des débats et déclarations qui ont eu lieu plusieurs années auparavant est sans doute l'indice de la gêne qu'occasionne l'argument du principe de remboursement. Notons toutefois que la construction de son argument ne se base pas sur la remise en question de la loi elle-même (ce qui reviendrait à renier le système démocratique suisse), mais montre que la tendance à l'économie précède le processus de révision et est aussi reconnu par celle que l'on désigne à tort comme l'instigatrice de la LAMal elle-même (l'ancienne Conseillère fédérale socialiste Ruth Dreifuss).

Si Ruth Humbel-Näf est clairement contre le principe fondateur de remboursement, elle n'est pas pour autant toujours en faveur de la neutralité des coûts. Lors de ses premières interventions, elle s'exprime au nom du parti Démocrate-Chrétien. Elle relaie l'acceptation par son parti du double objectif posé par le Conseil fédéral : « *Er hält dabei fest, dass sich der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung schwergewichtig auf den Bereich der Kosten-*

³⁷ Notre traduction : Nous vous demandons de suivre la décision du Conseil national pour – et je le dis une fois – pour biffer cette notion de neutralité des coûts appliquée unilatéralement et pour différentes raisons par les assureurs-maladie.

³⁸ Notre traduction : Le but, ce n'est pas que de limiter les prestations, mais de mieux répartir les coûts, ce que nous faisons aujourd'hui

dämpfung konzentriert. Seitens der CVP teilen wir diese Beurteilung »³⁹ (intervention 56). Dans la deuxième Période des débats, la députée Ruth Humbel-Näf rapporte l'avis de la Commission de santé et de sécurité sociale du Conseil National (CSSS-CN) : « *Auch bei den Übergangsbestimmungen hält die SGK am Beschluss des Nationalrates fest und will dort keine kostenneutrale Einführung beziehungsweise kein Globalbudget im Pflegebereich gesetzlich einführen* »⁴⁰ (intervention 305).

Cet exemple montre que si le principe de neutralité des coûts vaut sur le plan général de la révision, il n'emporte pas pour autant l'appui de ses partisans pour tous ses aspects. Cela voudrait dire, que dans ce cas précis, les soins de transitions auraient un statut particulier aux yeux de certain·e·s acteurs·trices de la révision.

L'exemple de la Conseillère aux Etats Christine Egerszegi-Obrist montre que la double référence au principe de neutralité des coûts et à celui du remboursement est également possible. En tant que radicale-libérale et conformément à la ligne de son parti, elle se réfère principalement à la neutralité des coûts. Toutefois, vers la fin du processus de révision en mars 2008, elle décide de se rallier à une proposition de minorité concernant la couverture des soins aigus et de transition :

Diese Pflege muss gewährleistet sein. Es ist nur die Frage, wer sie bezahlt. Wir haben bei der Einführung der Krankenversicherung klar gesagt – Jede medizinisch verordnete Leistung, sei es im Pflegeheim, im Spital oder ambulant, muss von der Krankenversicherung übernommen werden. Ohne diesen Passus wäre dieses neue Gesetz damals von der Bevölkerung nie angenommen worden. Dem müssen wir jetzt nachleben. Es ist so – Das ist eine Pflege, die vom Arzt verordnet wird. Sie kann und würde uns Folgekosten ersparen »⁴¹ (intervention 353).

Le principe de remboursement inscrit dans la loi est une réalité à laquelle nul ne peut échapper – même si elle pourrait le souhaiter dans la mesure où elle n'était pas initialement favorable à la LAMal (information obtenue lors des entretiens, phase 2 de la recherche) – et elle a donc décidé de l'accepter et d'en tirer les conséquences : « *Dem müssen wir jetzt nachleben* ».

Ce retournement de positionnement est également observable pour la députée Erika Forster-Vannini qui se positionne en faveur de la proposition minoritaire en mars 2008 (en faveur de la couverture des soins aigus et de transition) tout en expliquant : « *Sie müssen wissen, dass ich nicht etwa die Seite gewechselt habe, aber ich war in der Kommission leider nicht anwesend, sonst hätte ich mich nämlich bereits an der Sitzung für den Minderheitsantrag ausgesprochen* »⁴² (intervention 352). Pourtant, en septembre 2007, elle déclarait : « *Eine Sonderbehandlung der Akutpflege würde zu Mehrkosten führen, die über die Prämien zu finanzieren wären. Dies wiederum widerspricht unserem Grundsatzentscheid, dass die Überfüh-*

³⁹ Notre traduction : il est clair que la nécessité de réformes dans le cadre de l'assurance-maladie est fortement concentrée sur la pression sur les coûts. Du côté du PDC, nous partageons cette vision.

⁴⁰ Notre traduction : Egalement dans le cadre des mesures transitoires, la CSSS-CN tient aux décisions du Conseil national et ne veut pas introduire de neutralité des coûts, respectivement pas de budget global dans la loi régissant les soins.

⁴¹ Notre traduction : Ces soins doivent être garantis. C'est seulement la question de savoir qui les paie. Nous avons clairement dit au moment de l'entrée en matière de l'assurance-maladie – chaque prestation ordonnée médicalement, que ça soit en EMS, à l'hôpital ou en ambulatoire doit être prise en charge par l'assurance-maladie. Sans ce passage, cette nouvelle loi n'aurait pas été approuvée par le peuple à l'époque. On doit maintenant vivre avec cela. C'est ainsi. Un soin qui est prescrit par un médecin. Il peut et devrait nous économiser des coûts ultérieurs.

⁴² Notre traduction : Vous devez savoir que je n'ai pas changé d'avis. Mais j'étais malheureusement absente lors de la séance de commission. Sinon, je me serais nommément prononcée en faveur de la proposition de la minorité.

zung der Pflegefinanzierung kostenneutral zu geschehen hat »⁴³ (intervention 283). Ce qui détermine Erika Forster-Vannini à voter en faveur de la proposition de la minorité c'est, comme elle le précise, la fixation par le Conseil fédéral de la durée de la prise en charge des soins de transitions. L'appartenance au même parti joue sans doute un rôle ici dans le soutien de cette proposition ainsi que la certitude que la durée proposée par le Conseil Fédéral ne sera pas très longue. La députée Forster-Vannini se réfère également à la nature des soins de transition qui est, selon elle, foncièrement différente de celle des soins de longue durée. « *Die Übergangspflege ist ein speziell medizinisch-pflegerichtetes Konzept innerhalb der Akutpflege. Diese Gründe sprechen dafür, die Übergangspflege nicht als Langzeitpflege zu entschädigen; deshalb sollte auch die Patientenbeteiligung hier keinen Eingang finden.* »⁴⁴ (intervention 352). Le caractère « médical » des soins de transition et leur différenciation des soins de longue durée justifie, selon elle, le fait de les inclure dans le catalogue des prestations à charge de l'assurance de base. Erika Forster-Vannini fait une tentative de définition des soins de différents types pour justifier l'inclusion de certains actes à charge de l'assurance maladie et l'exclusion de sa couverture pour d'autres actes.

Rapport à la fonction et positionnement politique

Toutes les femmes parlementaires, qui occupent la fonction, n'endossent pas le rôle de rapporteuses de la Commission de santé et de sécurité sociale (CSSS) de la même manière. Alors que, pour certaines, l'intervention consiste en un simple relais de positions et d'avis discutés au sein de la CSSS, pour d'autres cela représente l'opportunité de donner systématiquement des positions personnelles sur les différents articles soumis au vote. Cette différence est observable entre les deux socialistes Liliane Maury-Pasquier et Christiane Brunner. Cette dernière a un discours « protocolaire » qui donne peu à voir de son positionnement personnel et/ou partisan. Elle relate les discussions qui ont eu lieu dans la commission, mais reste à un niveau informationnel. Par exemple, alors que la ligne du parti socialiste semble être le refus de la reconduction des tarifs cadres des soins, elle relaie l'avis de la CSSS – qui est en sa faveur – et les arguments allant dans ce sens. Maury-Pasquier intervient par contre souvent (également lorsqu'elle parle en son nom uniquement) en construisant son discours de manière à persuader ses collègues. Elle se réfère à des principes de base, issus de l'historique de la LAMal, que sont la solidarité et la prévention de la pauvreté. A titre d'illustration, voici ce qu'elle déclare au sujet d'une discussion sur les dispositions transitoires : « *En effet, notre objectif prioritaire n'est pas de garantir la neutralité des coûts pour les assureurs-maladie dans la mise en œuvre de ce projet, mais bel et bien de garantir des conditions de vie dignes pour les personnes âgées et malades* » (intervention 228). La députée Liliane Maury-Pasquier combine tout au long des débats des interventions qui se veulent tour à tour dénonciatrices, persuasives et informatives, selon l'enjeu et l'objet de l'intervention. Les interventions de la députée Christiane Brunner mobilisent moins de registres discursifs et se tiennent principalement à un niveau informatif et factuel.

C'est peut-être la fonction de rapporteuse qui mène à une forme d'autocensure pour Christiane Brunner, alors que cette fonction n'est pas habitée de la même manière par Liliane Maury-Pasquier. Une autre explication possible est l'inscription dans le temps de l'occupation de la fonction de rapporteuse : Christiane Brunner intervient surtout au cours de la Période I alors que les enjeux du financement des soins ne sont vraiment débattus qu'au cours de la Période II. Un autre élément explicatif pourrait être la Chambre où les deux socialistes sont députées, respectivement le Conseil des Etats et le Conseil national. De plus, la Chambre

⁴³ Notre traduction : Un traitement particulier des soins aigus conduira à des surcoûts qu'il s'agira de financer par les primes. Cela contredit par contre notre décision de fond stipulant que la révision du financement des soins devait être financièrement neutre.

⁴⁴ Notre traduction : Les soins de transition correspondent à un concept de soins médicaux spécial qui est partie des soins aigus. Cet aspect fondamental plaide pour ne pas les dédommager au sens de soins de longue durée, d'où la nécessité de ne pas entrer sur une participation des patients.

Haute est plus conservatrice que la Chambre Basse. Les partis du centre et de droite y sont également mieux représentés. Il est possible dès lors que ce climat général ait une influence sur le type de discours des parlementaires qui y prennent la parole.

La stratégie d'argumentation en position de minorité

La députée socialiste Anita Fetz représente un bon exemple d'une parlementaire en position systématiquement minoritaire au sein du Conseil des Etats.

Elle emploie une stratégie de répétition : elle intervient deux fois de suite (interventions 284 et 288) sur le même objet soumis au vote : couverture des soins aigus et de transitions en EMS et Spitex (art. 25a, al.1 LAMal, proposition de la minorité : suivre le Conseil national). A l'occasion de sa deuxième intervention, elle précise : « *Kollege Stähelin hat mich noch einmal auf den Plan gerufen. Mir geht es auch darum, dass Sie wirklich verstehen, worüber wir hier abstimmen. Es ist mir gestern schon aufgefallen; es ist wirklich ein komplexes Gebiet [...]* »⁴⁵ (intervention 288). Elle justifie cette deuxième intervention par le fait qu'elle ne puisse pas supporter que la situation ne soit pas bien comprise par ses collègues (interventions 288 et 357). La mise en avant d'une connaissance avancée du dossier est donc également un moyen d'essayer de convaincre une assistance a priori opposée à des propositions minoritaires.

Notons également que lors d'une de ses intervention, Anita Fetz montre des signes d'exaspération face au manque de soutien dont elle fait les frais au sein du Conseil des Etats : « *Ich bin mir darüber im Klaren – Sie werden hier sicher nicht der Minderheit zustimmen, wie Sie das schon die ganze Zeit nicht machen* »⁴⁶ (intervention 288).

Une autre stratégie employée par la députée Anita Fetz est celle de la référence aux situations personnelles de ses collègues. Au lieu de parler de cas concrets de patients comme le font à plusieurs reprises de nombreux parlementaires, Anita Fetz rompt le caractère distant et virtuel de ce type d'argumentation, ceci pour aborder les situations intimes des parlementaires et de leurs proches. Ce type d'argument fait expressément référence aux sentiments et au registre émotionnel, et ne fait plus appel à des éléments rationnels. C'est en quelque sorte sa dernière « arme » pour essayer de convaincre l'audience, après avoir épuisé le registre plus rationnel empruntant à l'efficacité, au pragmatisme et à l'économicité (intervention 357).

Les discours des députées Marianne Huguenin et Franziska Teuscher, respectivement du Parti suisse du Travail – Parti Ouvrier et Populaire (POP) ainsi que des Verts, se distinguent de ceux des autres parlementaires. Ces discours sont caractérisés par leur opposition frontale aux propositions défendues par le Conseil fédéral et par Pascal Couchepin en particulier. Voici un des premiers reproches que Marianne Huguenin adresse à l'attention du Conseil fédéral : « *En ne modifiant pratiquement aucun des éléments déjà présentés en 2003, en faisant fi des résultats de la consultation confirmant ces oppositions, et en saucissonnant ensuite ces projets, dans l'espoir de diviser les opposants et de passer en force, le Conseil fédéral fait débattre ce Parlement dans des conditions indignes* » (intervention 53). La députée Marianne Huguenin est la porte parole du POP, mais elle s'exprime en son nom et ne manque pas de critiquer le style métaphorique de Pascal Couchepin, qu'elle emploie à son tour d'ailleurs. Ici on voit que la fonction n'a pas de prise sur son style discursif (cf. point 2. rapport à la fonction et positionnement politique). De son côté, Franziska Teuscher critique également la proposition de Pascal Couchepin : « *Wo sind, Herr Couchepin, die innovativen Würfe, wo ist die Ge-*

⁴⁵ Notre traduction : Le collègue Stahelin a déjà critiqué mes positions. Il est important pour moi que vous compreniez réellement sur quoi nous votons ! Cela m'est apparu hier déjà, c'est un domaine très compliqué.

⁴⁶ Notre traduction : Cela est clair pour moi : vous ne voterez certainement pas pour la minorité, ce que vous faites d'ailleurs tout le temps.

samtschau über die Kosten, wo sind die konkreten Lösungsansätze? »⁴⁷ (59). L'insatisfaction est clairement explicitée, ainsi qu'une certaine méfiance envers le Département fédéral de l'intérieur : « Wir Grünen fragen uns manchmal, ob man im EDI die Studien eigentlich liest, die man für teures Geld in Auftrag gibt. »⁴⁸ (59).

De la même manière – et pourtant représentante d'un des partis gouvernementaux – la députée socialiste Christine Goll a aussi un style discursif dénonciateur et parfois virulent. Elle accuse de manière directe Pascal Couchepin de manque de professionnalisme et de transparence et également de « compagnonnage » avec les caisses maladie :

Der Bundesrat hält es aber offenbar nicht für notwendig, den unwahren Behauptungen der Krankenkassenlobby und den wilden Spekulationen bezüglich der Kosten entgegenzutreten. Von einer Kostenexplosion im Bereich der Pflege kann nämlich keine Rede sein. In den Kommissionsberatungen hat sich der Bundesrat jedoch konstant geweigert, die Zahlen auf den Tisch zu legen; er hat sich geweigert, Berichte mit einer Übersicht über die Pflegekosten auf den Tisch zu legen; er hat sich geweigert, die Fakten und Daten zu einem relevanten Bereich der Gesundheitsversorgung zu liefern. Damit hat er sich auch geweigert, die Grundlagen vorzulegen, welche für eine seriöse Gesetzesberatung notwendig sind. Um Transparenz herzustellen, hat die SP selber eine Studie in Auftrag gegeben. Ich habe Ihnen, Herr Bundesrat Couchepin, ein Exemplar mitgebracht, weil wir die Studie am letzten Dienstag auch der Öffentlichkeit vorgestellt haben⁴⁹ (intervention 234).

Son discours se rapproche de celui des députées Liliane Maury-Pasquier et Anita Fetz qui toutes deux se réfèrent souvent aux valeurs de solidarité et aux principes de justice et d'équité. Par contre, elle est la seule représentante du Parti Socialiste à attaquer frontalement le Conseiller fédéral Pascal Couchepin et à l'accuser de manquer de partialité dans le traitement du dossier.

Une autre stratégie des représentant·e·s des petits partis consiste à menacer de se joindre au référendum qui sera lancé si certains aspects de la révision ne sont pas entérinés (ou rejetés) par le Parlement. C'est ce que Marianne Huguenin déclare à deux reprises au cours du processus de révision (interventions 164, 236). Cette stratégie consiste à contrecarrer la faiblesse du poids politique en s'alliant à d'autres groupes et à menacer de freiner l'entrée en vigueur de la révision, voire de la faire échouer.

Appartenance professionnelle et liens d'intérêt dans le domaine des soins et positionnement

Certaines actrices de la révision sont liées aux soins de près ou de loin, de par leur profession ou leurs liens avec des groupes d'intérêt du champ de la santé. Nous observons que c'est une stratégie employée par certaines d'entre elles pour appuyer leurs arguments. Deux interventions de la députée Erika Forster-Vannini donnent un exemple de cette stratégie et d'un retournement intéressant. La première fois qu'elle mentionne sa présidence de

⁴⁷ Notre traduction : Monsieur Couchepin, où sont les orientations innovantes, où est la vue d'ensemble, où sont les propositions de solutions concrètes ?

⁴⁸ Notre traduction : Nous les Verts, nous nous demandons parfois si au DFI on lit ces études que l'on commande à grands frais.

⁴⁹ Notre traduction : Le Conseil fédéral ne tient apparemment pas pour nécessaire de contrer les fausses affirmations du lobby des caisses maladie et des spéculateurs sauvages. On ne peut pas parler d'une explosion des coûts dans le domaine des soins. En commission, le Conseil fédéral s'est toujours refusé de poser les chiffres sur la table, il a toujours refusé de poser les faits et les données qui permettraient un rapport circonstancié sur les besoins en santé. Il a aussi refusé de poser les fondements d'une consultation sérieuse qui est nécessaire. Dans un souci de transparence, le PS a lui-même mandaté une étude. Monsieur le Conseiller fédéral, je vous en ai moi-même donné un exemplaire parce que, mardi dernier, nous avons présenté cette étude au public.

l'association Spitex St-Gall, c'est pour reconnaître la nécessité de prendre davantage en compte les situations de soins à domicile. Elle remet au Conseil national, la tâche de creuser cette question (intervention 194).

La seconde fois, Erika Forster-Vannini fait pourtant un usage inverse du lien d'intérêt :

Als Präsidentin des Spitex-Verbandes habe ich ein gewisses Verständnis [...]. Auf der anderen Seite musste ich mich letztlich entscheiden – wo stehe ich [...]. Denn eine Sonderbehandlung in der Spitex führt zu Mehrkosten, die letztlich über die Prämien zu finanzieren wären. Die widerspricht – ich habe es Ihnen schon gesagt – dem Grundsatzentscheid, wonach die Überführung der Pflegefinanzierung kostenneutral zu geschehen hat »⁵⁰ (intervention 201).

L'argument avancé est le suivant : si malgré le lien d'intérêt existant avec l'association, elle prend une décision qui va à son encontre, c'est que cette décision est vraiment la meilleure. L'exemple d'Erika Forster-Vannini montre que, dans ce cas, l'appartenance à un parti est plus forte que l'appartenance à un groupe d'intérêts.

Marianne Huguenin emploie sa fonction de syndique de la Ville de Renens et met en avant des activités de rencontre avec les personnes âgées comme expérience personnelle avec cette frange de la population. Son intention ici est de contrer l'idée que la vieillesse est forcément liée à la maladie (intervention 53). Il en va de même lorsqu'elle fait référence à une déclaration d'un assureur dans les médias :

Il faut ne jamais avoir été sur le terrain, dans les hôpitaux ou dans les cabinets médicaux, pour oser sérieusement affirmer, comme le fait aujourd'hui dans le "Blick" Monsieur Manfred Manser, directeur d'Helsana, que la Suisse a 4500 médecins de trop. Il faut ne pas avoir entendu ce que disent les patients sur le manque de temps et de disponibilité des médecins (intervention 92).

La députée Marianne Huguenin fait référence à sa pratique de médecin généraliste pour parler de la situation de ces praticiens dans le débat sur la clause du besoin.

Si l'on admet que les positionnements sont par définition toujours partisans (ou en tous cas jamais « objectifs »), le type d'argumentation de type « vécu personnel » décrit ci-dessus fait expressément référence à l'expérience subjective des parlementaires, à une connaissance « immédiate » de la thématique.

Forces en jeu dans le processus de révision et positionnement politique des femmes parlementaires

Les parlementaires ne se positionnent pas de la même manière par rapport aux différents acteurs et actrices dont les intérêts sont en jeu dans le processus de réforme. Est-ce que les positionnements se font strictement en fonction de l'appartenance de parti ou voit-on des écarts à la ligne pour certaines parlementaires ? C'est le cas de Christine Egerszegi-Obrist, radicale-libérale au Conseil national jusqu'en 2007, puis députée au Conseil des Etats. Elle s'exprime successivement au nom du groupe Radical-Libéral, puis en tant que Présidente du Conseil des Etats dès 2007. Ses déclarations dans la Période I sont clairement orientées vers l'économie dans le domaine des soins (ligne de parti). Elle rapporte des propos critiques envers les prestataires de soins, qui sont représentés comme des acteurs cherchant à s'enrichir à travers le champ de la santé : « *Ungefähr eine Million Bürgerinnen und Bürger in diesem Land verdienen direkt oder indirekt an den Leistungen im Gesundheitswesen. Sie wer-*

⁵⁰ Notre traduction : En tant que présidente d'une association Spitex, j'ai de la compréhension [...]. D'un autre côté je me dois de me positionner [...]. Car un traitement particulier dans le Spitex conduit à des surcoûts qui devront être financés par les primes. Cela contredit – je vous l'ai déjà dit – la décision de fond par laquelle la transition vers le financement des soins doit être neutre sur le plan des coûts.

den alles daransetzen, nächstes Jahr mindestens gleich viel, aber noch lieber mehr zu haben »⁵¹ (intervention 55). Par contre elle est en faveur de la liberté de contracter, mesure qui profite très clairement aux assureurs et à l'économie. « *Egal welche Version Sie bevorzugen, wir wollen die Vertragsfreiheit einführen* »⁵² (intervention 88).

Les députées Ruth Humbel-Näf (interventions 56, 136) et Erika Forster-Vannini (interventions 201, 283) font souvent référence au danger de l'augmentation des primes d'assurance maladie. Cette stratégie argumentative permet de limiter la prise en charge des coûts par les assureurs tout en se positionnant du côté des ménages et plus globalement de la classe moyenne :

Die Revision des KVG darf keine weiteren Kostenverlagerungen auf die Krankenversicherer und damit auf die Prämienzahlenden bringen »⁵³ (intervention 56). Cet argument est d'ailleurs identifié et dénoncé par Anita Fetz qui déclare : « *Noch zum Prämienargument – Santésuisse oder auch Eugen David – Sie werden mir das verzeihen – bringen bei jeder Änderung, die wir machen, immer den Prämien Schub als das Killerargument* »⁵⁴ (intervention 357).

Marianne Huguenin, s'engage très clairement en faveur des intérêts des prestataires de services, principalement les médecins (groupe auquel elle appartient personnellement), mais également en faveur des intérêts des prestataires de soins infirmiers – une seule intervention porte sur ce point dans la deuxième période. Malgré sa réélection, elle se retire ensuite du Conseil national.

5.4.2 Discours du Conseiller fédéral Pascal Couchepin

Dans les débats, un acteur intervenant souvent, et de manière virulente et haute en couleur, est le Conseiller fédéral Pascal Couchepin. Il est régulièrement pris à parti par les femmes parlementaires et ne se gêne pas, de son côté, de les critiquer. Nous retraçons dans ce volet de notre étude les aspects saillants de ses interventions.

Généralités

Le discours du Conseiller fédéral Pascal Couchepin est abondant et ponctue les débats de nombreuses interventions. Il intervient à 44 reprises durant les débats et ses interventions, parfois longues, occupent plus du 18 pourcent du corpus étudié. Il intervient en général après la présentation faite par les rapporteurs de la commission et celles des groupes. Il intervient également en clôture du débat, juste avant le moment de passer au vote.

De ses interventions, nous retenons quelques caractéristiques développées ci-après : les éléments de fonds, la rhétorique, les contradictions, les attaques et l'utilisation abondante d'images pour illustrer ses propos.

Le fond du discours et ses idées maîtresses

Dans ses interventions, le Conseiller fédéral s'engage massivement au service de trois causes principales. Il y a d'abord les idées libérales, celle-ci sont toutefois contrebalancées par une

⁵¹ Notre traduction : Environ un million de citoyennes et citoyens de ce pays gagnent directement ou indirectement leur vie en tant que prestataires du système de santé. Ils voudront l'année prochaine gagner au moins autant, voire plus qu'aujourd'hui.

⁵² Notre traduction : Peu importe la version que vous préférerez, nous voulons introduire la liberté de contracter.

⁵³ Notre traduction : La révision de la LAMal ne doit pas alourdir les charges des assureurs-maladie, charges qui seront automatiquement reportées sur les primes.

⁵⁴ Notre traduction : A propos de l'argument des primes - Santésuisse ou aussi Eugen David – vous me pardonnerez – apportent à propos de chaque changement que nous entreprenons l'argument de la hausse des primes comme l'argument mortel.

certaine idée de la place de l'Etat en regard d'un système de sécurité sociale. Au final, son discours est orienté en faveur d'une idée maîtresse : la limitation des montants de prise en charge des dépenses par les assurances maladie.

- Le libéralisme – version Pascal Couchepin :

Sur le fond, Pascal Couchepin a un discours libéral qui prône l'introduction de mécanismes relevant de l'économie de marché dans le système de l'assurance maladie. Sa sympathie pour les solutions libérales est rappelée haut et fort dans la Partie I qui, par la thématique – soit le pilotage du système – se situe essentiellement au niveau des généralités et des fondements idéologiques. Dans une longue intervention (intervention 46) à propos de la question de la liberté de contracter, il affirme que « [...] *la planification étatique – c'est ma conviction et celle du Conseil fédéral – peut satisfaire le goût politicien d'intervenir, mais elle ne résout pas les problèmes. Il faut avoir le courage d'aller dans l'autre sens, dans le sens de plus de concurrence* ». Pour lui, le système doit être libéré de ses contraintes et les responsabilités individuelles renforcées (intervention 10).

Dans la Partie II – où les débats portent exclusivement sur la question du financement des soins et où les éléments portés à la discussion sont plus concrets – le discours de Pascal Couchepin est très fortement connoté par la préoccupation de limiter à tout prix les dépenses du domaine des soins au titre de l'assurance maladie. Au moment d'entamer les débats sur la base des nouvelles propositions faites par le Conseil des Etats en 2006, il se positionne ainsi :

C'est une bonne solution. Elle ne satisfait pas tout le monde, par définition, en particulier pas ceux qui aimeraient avoir une source illimitée de revenu pour couvrir les coûts de leurs activités utiles, mais sans avoir à se poser trop de questions sur le moyen le plus rationnel de poursuivre cette activité, en réduisant au maximum possible, tout en maintenant la qualité, les coûts du système des soins à domicile ou des EMS (intervention 175).

Il a aussi sa vision des consommateurs, des patients, et ne se prive pas de la partager avec les parlementaires. Pour lui, « *l'immense majorité des gens consomme parce que c'est nécessaire. [...] Et il y a une marge où l'on peut obtenir un comportement plus conscient, plus responsable, qui évite la surconsommation médicale. Et c'est sur cette surconsommation médicale que nous nous penchons et nous pensons que c'est suffisamment important pour que cela puisse avoir une influence* » (intervention 67).

- La place de l'Etat :

En tant que Conseiller fédéral, Radical de surcroît, Pascal Couchepin a aussi une certaine vision de l'Etat : un Etat qui ne doit pas être absent, mais qu'il s'agit de contrôler. Là, toutefois, sa position est parfois ambiguë entre les attributions qu'il s'agit d'accorder aux cantons et celles qui devraient relever de la Confédération. Ainsi, il affirme à plusieurs reprises « *qu'il est important, à nos yeux, de respecter la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons* » (intervention 237). Dans cette perspective, « *la Confédération ne devrait pas obliger les cantons à participer de façon générale aux coûts des soins, au risque d'empiéter sur leur politique sociale* » (intervention 237). Il s'agit pour la Confédération de s'assurer la collaboration de ces partenaires indispensables que sont les cantons (intervention 251), collaboration qui pourrait à tout moment être remise en question par une opposition frontale de leur part. Il se pose en garant d'un Etat confédéral limitant au maximum ses interventions et en les situant selon le principe de subsidiarité au niveau d'intervention le plus bas possible. Pour lui, les cantons ont la maîtrise des coûts de la santé ; ce sont eux qui doivent assumer au maximum la responsabilité de la surveillance et du contrôle (intervention 175). C'est dans cette perspective qu'il affirme être le seul dans le désert à clamer « *Sauvez les cantons ! Respectez le fédéralisme !* » (intervention 263).

Ce respect des cantons et de leur autonomie n'est pas infini et Pascal Couchepin manifeste à leur égard une certaine méfiance qu'il ne se gêne pas d'affirmer ici et là. *Ainsi pour lui,*

« *l'anarchie porte parfois le nom de fédéralisme* » (intervention 15). Ou encore « *On dit que les cantons, décidément, sont difficiles à satisfaire dans le domaine de la politique de la santé, car lorsqu'ils ont rejeté un projet, ils se préparent à rejeter le suivant, puis encore le suivant, mais se déclarent insatisfaits du statu quo* » (intervention 175). Cette méfiance se transforme parfois en dénigrement ouvert, accusant les cantons d'inconstance :

On est habitué à recevoir en dernière minute une lettre de la CDS, en particulier lorsqu'elle est signée par son nouveau président, Monsieur Pierre-Yves Maillard. [...] Si l'on attend encore 24 heures, on recevra une deuxième lettre qui donnera – et c'est souvent le cas – un avis un peu différent » (intervention 360). Encore un autre exemple : « [...] *Il suffit d'attendre un peu. Quand ils auront encore une fois changé d'opinion, ils finiront par se retrouver dans la même ligne que nous !* » (intervention 10).

En résumé, pour lui, les cantons sont difficiles à satisfaire car « *malgré toute l'amitié qu'on leur porte et la compréhension que l'on a pour leur tâche difficile, [il est laborieux] de collaborer, de négocier avec une institution qui est toujours en train de refuser ce qui est, de souhaiter ce qui n'est pas, en attendant de refuser ce qui sera* » (intervention 175).

Pour Pascal Couchepin, l'Etat doit être le garant d'un minimum de sécurité sociale. Toutefois, il ne dramatise pas la situation, puisque « *ce n'est donc pas le XIXe siècle! Et le risque de réduire à la grande pauvreté des gens qui tombent malades est extrêmement limité* » (intervention 221).

- L'intention de fond :

Pour Pascal Couchepin, en définitive, « *le but principal de la réforme [est] de limiter la charge totale de l'assurance-maladie et d'éviter que les coûts des soins dus à l'âge soient entièrement supportés par l'assurance-maladie* » (intervention 237) Toutes les propositions qu'il soutient ou qu'il émet vont dans ce sens. C'est ainsi qu'il peut soutenir une proposition de report de charges sur d'autres assurances sociales, sur les budgets cantonaux ou sur les patients eux-mêmes.

En tant que libéral, il veut également responsabiliser tous les acteurs du système, à commencer par les cantons (cf. ci-dessus intervention 175) mais surtout les patients-consommateurs car, pour lui, « *dans l'assurance-maladie, on paie par tête, ce qui est une bonne chose parce que ça implique une certaine responsabilité de tous* » (intervention 302).

Dans son positionnement, il est également fortement attaché à la notion de neutralité des coûts. Ce qui signifie pour lui que l'exercice de révision législatif ne doit en aucun cas coûter plus cher aux assureurs maladie.

L'art de la rhétorique

Le Conseiller fédéral Pascal Couchepin est souvent qualifié « d'animal » politique par les commentateurs de la politique fédérale. La façon dont il manie finement la rhétorique, qui ressort de l'analyse de ses interventions dans les débats, entérine ce constat. C'est ainsi qu'il arrive à expliquer la dimension sociale d'une mesure que beaucoup qualifient d'antisociale, soit l'augmentation de la franchise dans l'assurance maladie :

En contrepartie, on a augmenté la franchise – cela ne touche naturellement que ceux qui consomment – de 230 à 300 francs, c'est-à-dire 70 francs de plus, et j'ai porté la quote-part – cela ne concerne que ceux qui consomment plus de 6000 et moins de 7000 francs – de 600 à 700 francs, soit une augmentation de 100 francs. Par conséquent, celui ou celle qui a été frappé par ces deux mesures – 70 francs d'augmentation de franchise et 100 francs d'augmentation de la quote-part – paie 170 francs de plus, mais en deux ans il a économisé sur sa prime de base 180 francs, c'est-à-dire 6 pour cent de 3000 francs. Donc, même celui-là a gagné quelque chose dans l'opération. Cette mesure qualifiée de peu sociale est en réalité sociale, car elle bénéficie à tous et même celui qui a eu à payer ces deux suppléments est dans une meilleure situation que si l'on n'avait pas pris cette

mesure (intervention 46).

Dans la même veine, il argumente en faveur de l'abandon du remboursement intégral des soins aigus et de transition afin de ne pas pénaliser les soins de longue durée en regard de la neutralité des coûts (intervention 237). Dans ses discours, il ne quitte jamais ses visées finales. Ses préoccupations de fond ressortent toujours de ses interventions, même si, selon les cas, son argumentation peut varier.

Les contradictions

La défense systématique et le positionnement dans un système complexe ne va pas sans un certain nombre de contradictions qui apparaissent dans le discours général du Conseiller fédéral.

A un moment, il pourra faire l'éloge de la prudence et de la lenteur face à certaines réformes à entreprendre, et poussera à foncer pour d'autres. Lorsqu'il s'agit d'introduire une carte d'assuré en Suisse, il affirme qu'« *aller trop vite, c'est risquer de faire échouer le projet en déconsidérant les investissements faits et en suscitant des espoirs qu'on n'arriverait pas à combler ou en prenant des risques importants* » (intervention 82). Mais quelques mois plus tard, au sujet de la mise en œuvre d'une réforme du financement des soins, il utilise l'argument inverse en affirmant :

Je crois cependant que, si l'on veut faire bouger quelque chose dans ce pays, on doit avoir le courage à un certain moment de prendre des décisions sans avoir la certitude absolue de connaître tous les effets à terme sur la dynamique du système. Si, à chaque pas qu'on veut faire dans la bonne direction, on se dit : "Mais que va-t-il se passer si si si ", on ne fait jamais un pas en avant, parce qu'on n'arrive pas à démontrer exactement les effets sur le système (intervention 175). Y aurait-il deux poids, deux mesures ?

En ce qui concerne les décisions prises ou à prendre, la question de la décision d'adopter une *contribution* pour le remboursement des soins par la caisse maladie relève d'une exception en regard d'autres prestations de l'assurance maladie, ce que des contradicteurs-trices ne manquent pas de relever. Dans ses interventions, il n'aborde jamais cette question, par contre, Pascal Couchepin utilise l'argument du risque de créer une exception lorsque les débats abordent le mode d'adaptation de la contribution, soit au coût de la vie ou à d'autres critères (intervention 368).

On trouve des contradictions temporelles également lorsque, en matière de financement des soins, Pascal Couchepin pousse à un résultat suite aux débats pour que « *les travaux aboutissent un jour et que la loi soit adoptée* » (302). Par ailleurs l'effet possible des DRG – et du raccourcissement concomitant des durées de séjours hospitalières – sur le système mis en place pour le financement des soins ne « *représente pas un problème qui doit être résolu au stade actuel* » (intervention 360).

Certaines contradictions se trouvent dans la même affirmation : « *Mais je le répète, le Spitex, les soins à domicile ne sont pas sous contrôle actuellement du point de vue des coûts, ce qui ne veut pas dire qu'on gaspille – je n'en sais rien* » (intervention 302).

Les attaques personnelles et le donneur de leçons

Les citoyens, les consommateurs de soins, les patients sont présentés comme globalement honnêtes, mais Pascal Couchepin rappelle à plusieurs reprises le comportement de celles et ceux qui, en matière de consommation de soins, ont des comportements qui ne sont pas exemplaires. Cet argument justifie, selon lui, la nécessité de mettre en place un système qui n'offre pas de cadeaux aux patients. Ainsi, ses mots sont forts lorsqu'il s'agit de s'opposer à une proposition du Conseil national pour élever le montant de la fortune à prendre en compte dans le calcul d'octroi des prestations complémentaires :

On doit se rendre compte que si tout le monde se met d'accord pour défendre un système généreux, un système social qui tienne compte de toutes les situations, le système social sera ruiné et miné. De façon générale, on n'y fera plus confiance si, par le biais d'une disposition légale, on crée les bases pour favoriser les abus, donc ceux qui voudront tricher – utilisons un terme comme celui-là – et qui essayeront d'utiliser la loi et les lacunes de la loi pour profiter (intervention 251).

A l'inverse, en ce qui le concerne, son propre comportement est présenté en la matière comme potentiellement exemplaire quand il affirme « *Bien sûr, la plupart d'entre vous – comme moi d'ailleurs – appartiennent à une minorité plutôt aisée. Je ne vois pas en quoi on devrait me protéger à l'avenir, même si j'appartiens à une petite minorité, et m'empêcher de payer un peu plus si nécessaire. [...] Je serai même très fier de payer plus que ce qui est prévu ici* » (intervention 221).

Une des particularités du discours de Pascal Couchepin reste toutefois les attaques personnelles nominatives. Un grand nombre de ses interventions stigmatisent des parlementaires. Il reprend les paroles des un-e-s et des autres et dénigre les arguments. Si ses critiques s'adressent indifféremment aux hommes et aux femmes de droite et de gauche, il est plus sec et cassant à l'égard des parlementaires féminines de gauche dont on sent, à travers ses propos, qu'il ne partage aucunement les valeurs. La popiste Marianne Huguenin, déjà citée, est une de ses cibles favorites. Mais c'est aussi le cas du socialiste Stéphane Rossini :

Monsieur Rossini a rappelé que dans ce pays, en fonction de l'ordre constitutionnel existant, il n'y a pas un capitaine à la tête du Titanic. Je dois dire que l'exemple est un peu attristant parce que, capitaine ou pas, le Titanic a coulé, parce que des obstacles objectifs étaient là. Même avec un beau capitaine qui est mort en écoutant "Ce n'est qu'un au revoir, mes frères!" ou je ne sais plus quel morceau émouvant, ça n'a pas marché; le bateau a coulé. Alors je vous en supplie, Monsieur Rossini, à l'avenir ne souhaitez pas un capitaine à la tête du Titanic, ça ne sert à rien (intervention 46).

La virulence des attaques ou des réponses diffère en fonction du bord politique auquel appartient le parlementaire auxquels il s'en prend. Il est plus mesuré lorsqu'il s'attaque à la droite : « *Les soins à domicile [... c'] est quelque chose de doux, de bienveillant – Madame Mörikofer ici présente est une personne sympathique, et s'attaquer aux coûts du Spitex est quelque chose qui est quasiment contre la morale. Or le Spitex est en train de nous coûter très cher* » (intervention 291) qu'à l'égard de la gauche : « *Ce que vient de dire Madame Fetz est faux, à savoir que les tarifs n'ont pas été réadaptés; ils l'ont été à plusieurs reprises* » (intervention 302).

Il réagit également fortement aux critiques portant sur son travail ou sur l'action du gouvernement en matière de santé, les reprend à son compte et les renvoie à son auteur-e. A titre d'exemple : « *En conclusion, je voudrais vous remercier de votre participation à ce débat, y compris pour les critiques, puisque, après la critique, Monsieur Stähelin, il y a en fin de compte la constatation que l'alternative est probablement pire que la solution que nous avons préconisée* » (intervention 10).

Pascal Couchepin est aussi donneur de récompenses. Là, la formule consacrée est « *Comme vient de le dire Mme Forster, M. Schiesser, etc.* » ou d'autres encore, mais de préférence des parlementaires appartenant aux partis de la droite.

Les images

Au-delà de la rhétorique, le Conseiller fédéral Pascal Couchepin appelle abondamment à l'imaginaire des parlementaires pour illustrer son discours. Une des premières paraboles utilisées dans la Partie I pour présenter la dynamique des réformes dans le système de santé est celle de la diligence du Saint-Gothard :

Dans la tempête, le cocher devait réussir à maîtriser six à huit chevaux, tous puissants, qui étaient tentés d'aller tous dans des sens différents, et il devait faire face aussi aux éléments naturels. Dans le cas de la diligence du Saint-Gothard, il n'y avait qu'un seul cocher. La difficulté supplémentaire aujourd'hui, c'est qu'on a 247 personnes qui ont vocation de s'asseoir à la place du cocher – 246 députés et le conseiller fédéral responsable du dossier » (intervention 10).

La bataille en vue du pouvoir est donc déclarée dès le départ des travaux.

A d'autres moments, le système sanitaire est comparé à un « *software* » (intervention 10) en regard du « *hardware* » qui correspond aux structures en place, ou encore en regard du marché des télécommunications (intervention 10).

Plus classique, Pascal Couchepin reprend de nombreuses images tirées du langage usuel, dont certaines empruntées au langage militaire : « *la boîte de Pandore* » (intervention 46), « *le diable se cache dans les détails* » (intervention 32), « *Le Parlement [...] a décidé d'envoyer dans les ténèbres le fruit d'un travail de trois ans* » (intervention 46), « *[...] les assureurs sont d'accord de signer un armistice* » (intervention 114), « *il y a beaucoup de maisons dans le jardin du Père* » (intervention 114), « *[...] une sorte de cri digne de l'opéra – 'Je meurs, je meurs, je meurs !'* » (114), « *[...] faire avancer la carriole dans deux directions* » (intervention 126). Toutes ces citations illustrent l'appel au dramatique fait par le Conseiller fédéral pour attirer les voix favorables à ses propositions.

Il peut également faire appel à la raison et utilise également des images qui tendent à relativiser ou rationaliser les décisions à prendre : « *il ne s'agit pas de coûts importants, mais d'une affaire d'élégance à l'égard des cantons* » (intervention 175), « *on a donc renforcé le dispositif social. Ce n'est donc pas le XIX^{ème} siècle* » (intervention 221), « *on n'est pas 'realitätsfremd'* » (intervention 302).

Dernier registre à son actif et que l'on peut mettre en évidence, lorsque les décisions ne vont pas dans son sens et, qu'au vu des interventions précédentes des parlementaires, il ne semble plus possible de récupérer les choses, il n'hésite pas à convoquer un registre plus menaçant, comme dans ces mots déjà cités précédemment : « *[...] si tout le monde se met d'accord pour défendre un système généreux [...] le système social sera ruiné et miné. [...] on n'y fera plus confiance si [...] on crée les bases pour favoriser les abus, donc ceux qui voudront tricher [...]* » (intervention 251), « *les deux propositions, celle de la majorité et celle de la minorité sont fausses, mais l'une est plus fautive que l'autre* » (intervention 263), « *si vous voulez faire une faute, n'allez pas trop loin, au moins ne votez rien* » (intervention 263), « *il faut être très prudent et ne pas introduire dans la loi des 'moteurs à explosion'* » (intervention 291).

La multiplicité des formes discursives et argumentatives du Conseiller fédéral que l'on a pu énumérer ici font de lui un redoutable débattre, qui semble ne jamais cesser le combat dans le complexe dossier de la politique sanitaire.

5.5 Sociogramme (synthèse)

Le sociogramme des acteurs·trices met en évidence les rapports entre les décideurs publics, les acteurs·trices de la mise en œuvre et les bénéficiaires finaux du programme politique (Monnier, 1998). Il permet de situer les acteurs·trices qui interviennent dans le débat au nom d'une organisation ou en leur nom propre et de mettre en rapport les élu·e-s avec les représentant·e-s de la société civile. Le sociogramme de la Figure 18 permet de déterminer deux grands groupes d'acteurs·trices qui se positionnent dans le débat : la zone rosée représente la zone d'influence des assurances maladie, la zone verdâtre représente la zone d'influence de la Communauté d'intérêts Financement des soins. Les acteurs·trices appartiennent soit à l'une, soit à l'autre, ou alors en sont distinctes. Il n'y a pas d'espace de

recoupement entre ces deux zones.

Dans la Figure 18, apparaissent également nommément les acteurs-trices qui à un moment ou un autre jouent un rôle important dans les débats, ainsi que les organisations dont ils sont membres ou au nom desquelles ils interviennent. Ce sociogramme constitue en quelque sorte une synthèse de l'analyse effectuée dans les chapitres 5.1 à 5.4, synthèse qui permet de visualiser les rapports entre les différents intervenant-e-s dans les débats et leurs rapports avec la société civile.

En ce qui concerne les organisations qui ont participé aux travaux de la Communauté d'intérêts Financement des soins, nous avons renoncé à représenter celles dont le positionnement n'apparaît pas explicitement dans la sphère publique. Certaines organisations ont essentiellement travaillé au sein de la Communauté d'intérêts Financement des soins et dans le cadre de leurs organes internes, sans qu'une trace d'engagement politique ou auprès des médias ne nous soit parvenue. C'est par exemple le cas d'organisations comme la Société suisse de la sclérose en plaques ou la Conférence nationale suisse des ligues de santé.

En considérant la figure 18, on se rend compte que le poids de la représentation des intérêts est concentré dans l'espace conjoints 'Décideurs publics – Bénéficiaires finaux' des diagrammes de Venn. Dans ces espaces, l'on trouve les représentants parlementaires des organisations Santésuisse d'une part, et Spitex Suisse et H+ d'autre part. Curaviva n'a pas de représentant direct au Parlement ou dans une autorité reconnue, mais s'exprime au nom des bénéficiaires. L'ASI se positionne en tant que représentante du personnel et des infirmières et infirmiers indépendant-e-s, mais pas des bénéficiaires. Certaines organisations, comme l'Association nationale des propriétaires, ont eu un rôle ponctuel de lobby à un moment précis des débats. Elles figurent dans le sociogramme mais sont positionnées à cheval sur la frontière de la zone d'influence de la Communauté d'intérêts Financement des soins.

En considérant ce sociogramme, nous constatons que le « centre de gravité » des intervenants se situe dans les trois espaces conjoints des diagrammes de Venn suivants : intersection entre 'Décideurs publics – Bénéficiaires finaux', entre 'Décideurs publics – Bénéficiaires finaux – Acteurs de la mise en œuvre' et entre 'Décideurs publics – Acteurs de la mise en œuvre'. Tout se passe comme si, pour avoir son mot à dire dans le débat et donc prétendre à une certaine légitimité, il faille justifier de la maîtrise du sujet en s'appuyant sur un des deux espaces, que ce soit celui des bénéficiaires ou celui des acteurs de la mise en œuvre. Cet enjeu n'échappe pas aux représentants des assureurs maladie lorsqu'ils justifient leur travail politique par la nécessité de maintenir des coûts sanitaires bas afin de garder les primes les meilleurs marchés possibles, ceci au bénéfice de la population.

En considérant la zone verte, nous remarquons également le nombre important d'intervenant-e-s au profit des représentant-e-s de la Communauté d'intérêts Financement des soins. Alors que la quantité d'acteurs-trices œuvrant au profit de la zone rosée des assurances maladie est plus concentrée sur un nombre restreint de personnes. Il est par contre remarquable de constater que l'espace des bénéficiaires seuls n'est pas fortement occupé par des représentants politiques ; ceci corrobore notre constat précédent du peu de prise en compte direct de l'avis des bénéficiaires dans la réforme législative sur le financement des soins.

Nous avons repéré sur le sociogramme les acteurs-trices qui ont joué un rôle important dans les débats. Ces personnes figurent nommément dans le schéma. Nous avons en outre mis en évidence en rouge les personnes que nous avons eu l'occasion de rencontrer lors des entretiens afin de valider, invalider ou d'approfondir un certain nombre de constats réalisés dans la première partie de l'étude.

La partie suivante du rapport s'appuie sur les éléments recueillis dans le cadre des entretiens, en les intégrant dans une analyse thématique.

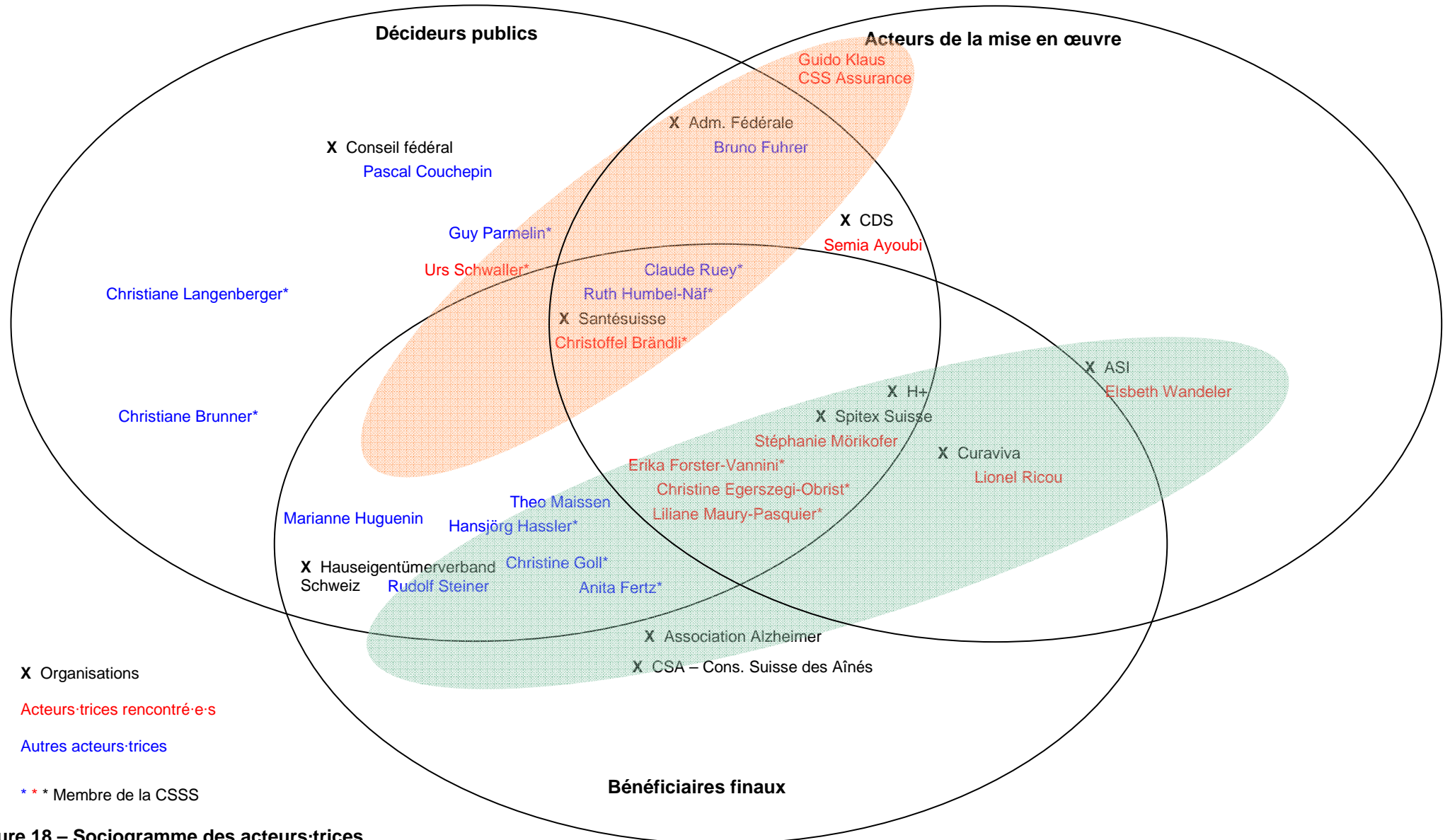


Figure 18 – Sociogramme des acteurs-trices

6. Aspects thématiques

Dans cette partie de l'étude, nous reprenons les éléments mis en évidence par l'analyse des discours parlementaires (Partie 5) afin de les mettre en discussion avec les éléments récoltés lors des entretiens et de les éclairer à l'aide de diverses approches conceptuelles. Cette partie est structurée selon quatre entrées.

Nous portons en premier lieu un regard inspiré par la sociologie politique et focalisé sur la nature des discours. Nous proposons ensuite quelques éléments d'analyse du processus d'élaboration législatif en examinant la place accordée aux soins dans le débat à l'aide d'éléments tirés de l'analyse des politiques publiques. Dans une troisième phase, nous analysons sous l'angle de la politique sociale, les incidences possibles des réformes envisagées tant sur le plan de la mise en œuvre concrète de la nouvelle loi que sur le plan des liens avec d'autres assurances sociales. Nous nous interrogeons enfin sur la place de la profession infirmière sous l'angle de la politique professionnelle.

Les données intégrées à la présente analyse sont issues d'entretiens réalisés entre février et avril 2009. Dix acteurs et actrices du processus de réformes législatif ont été interrogé·e·s sur leurs perceptions du processus, leur avis sur les réformes décidées, leurs actions durant les travaux parlementaires. Ces acteurs et actrices sont issu·e·s du champ parlementaire, mais aussi des organisations et structures administratives qui ont participé à la révision de la question du financement des soins (cf. le sociogramme ci-dessus).

6.1 Types de discours politiques et action politique

Un des éléments ressortant de manière manifeste de cette première partie de notre analyse est la différence de nature entre les discours des députées femmes et ceux des députés hommes. Pour mémoire, le discours des premières est plutôt orienté sur l'humain, sur le patient, sur les personnes et celui des seconds, plus organisationnel, porte plutôt sur les caractéristiques du système de santé. Nous avons montré plus haut que cette différence entre les sexes dépasse le clivage des partis.

Interrogés sur leur perception d'une différence d'approche due au genre, les personnes interviewées entérinent majoritairement ce constat, à l'image de Christoffel Brändli pour qui « [...] *das ist eine Grundhaltung dass die Frauen auch mehr emotional... also nicht nur emotional, würde ich sagen. Aber es ist natürlich so dass sie mehr im Bereich Sozial wobei auch die Frauen natürlich sehen dass... die Finanz* ». ⁵⁵ D'autres personnes rencontrées soulignent que, plus que leur « penchant naturel », ce sont un sens du pragmatisme et le fait d'avoir une expérience de vie qui les a confrontées concrètement aux problèmes de santé qui amènent les femmes à plus d'ouverture en faveur des questions de santé. La secrétaire générale de l'ASI, Elsbeth Wandeler, explique cette différence entre hommes et femmes par des aspects liés aux soins eux-mêmes, mais aussi aux stratégies choisies par les représentantes du peuple car, à son avis, « *l'ouverture des femmes au sujet des soins est plus grande. Elles ont plus d'expérience en la matière. De plus, elles sont à la base plus prête à des alliances, elles cherchent d'ailleurs plus souvent à trouver des solutions hors de leur propre parti* ».

Pour la Conseillère nationale Christine Egerszegi-Obrist, la question des soins de longue durée « *c'est un problème que l'on ne peut pas aborder avec des pièces de cinq francs sur les*

⁵⁵ Notre traduction : C'est une attitude de fond. Les femmes sont plus émotionnelles... je dirais, c'est naturel ainsi, plus dans le social, dans ces questions que dans les finances.

yeux ». Elle relève en outre que ce sont « *ceux qui ne connaissent pas [la question] qui sont le plus faciles à influencer* ». Il est frappant de constater que, pour cette interlocutrice, tout discours abordant la question des soins en tant que tels, pour être légitimé et reconnu, doit mettre en avant l'expérience personnelle et s'appuyer sur le fait de côtoyer ou d'avoir côtoyé la souffrance et la maladie. C'est par contre clairement l'aspect stratégique que privilégie un représentant des assureurs maladie, Guido Klaus, lorsqu'il affirme que les femmes ont plus de liens d'intérêts dans le secteur des soins et s'en préoccupent donc plus. Ce représentant des assureurs prête donc aux femmes des stratégies politiques identiques à celle des hommes.

La connaissance de la thématique débattue par le biais de l'activité professionnelle n'est pas un argument utilisé prioritairement, ou du moins ouvertement. On peut supposer que le risque d'être perçu-e comme corporatiste par ses adversaires mène le ou la parlementaire à s'auto-censurer. Ainsi la députée Liliane Maury-Pasquier, dans une ultime intervention, s'insurge contre le résultat de « *la mal-nommée conférence de conciliation [...] notamment du point de vue des personnes nécessitant des soins* ». Elle s'exprime en faveur des patients, mais son intervention vise également le caractère peu adéquat des mesures décidées en commission – qu'elle reconnaît et analyse en tant que professionnelle. Elle ne met cependant pas en avant cette connaissance spécifique.

6.1.1 Des types de discours

Dans une analyse comparative des discours de politiciennes et politiciens français-e-s, Bonnafous (2003) met en évidence les aspects différenciant le discours des femmes de celui des hommes. Le discours des secondes est qualifié par cette auteure de « *discours pragmatique* », caractérisé par le refus de la simplification, par des nuances et des précisions. L'ancrage des propos dans la vie quotidienne en est également une autre caractéristique. Bonnafous (2003) oppose ce type de discours politique au « *discours polémique* » et au « *discours équilibré-pondéré* » tenu par des hommes.⁵⁶ Qu'en est-il dans notre corpus d'étude ?

Le lexique des femmes, on l'a vu, emprunte à l'humanisme alors que celui des hommes est plutôt d'ordre systémique et économique ; cette distinction ne nous éclaire cependant pas sur les positionnements idéologiques en tant que tels. Lors des entretiens réalisés auprès des acteurs et actrices du processus de révision de loi, nous avons été frappés d'entendre la plupart des personnes déclarer qu'à leur avis les débats n'ont pas été réellement idéologiques. Pour beaucoup de nos interlocuteurs et interlocutrices, les débats ont plutôt été portés par les expériences personnelles. A entendre le Conseiller aux Etats Urs Schwaller, des différences sont sensibles entre les deux chambres : au Conseil national, les député-e-sont regroupé-e-s par partis, ce qui n'est pas le cas au Conseil des Etats ; la nature des discours serait, en partie pour cette raison, plus idéologique à la chambre du peuple qu'à la chambre des cantons.

Celles et ceux qui estiment que la révision de la loi a abouti à un compromis satisfaisant pensent que, globalement, le débat n'a pas réellement été caractérisé par sa teneur idéologique. Relevons une voix discordante dans les propos recueillis, celle de la secrétaire générale de l'Association suisse des infirmières et infirmiers, Elsbeth Wandeler, qui relève de son côté qu'une dimension idéologique très présente connote les débats : « *des aspects importants sont profondément idéologiques. Ils ont trait au rôle de l'Etat, et à la division entre le public et le privé. Pour les radicaux par exemple, l'Etat doit garder un rôle subsidiaire et intervenir si le privé ne peut pas. Ainsi, les prestations doivent plutôt être ciblées qu'universelles. Les socialistes mettent évidemment l'accent sur la solidarité. Le risque d'avoir besoin de soins est-il un risque social ou un risque privé ?* ». Elle relève toutefois que certains individus se sont démarqués des positions dures de leur parti et ont changé leur positionnement à un moment ou un autre des débats.

⁵⁶ Dans sa recherche ayant porté sur des articles de presse.

Bien entendu et comme déjà relevé dans la Partie 4 du rapport, des figures parlementaires féminines interviennent sur d'autres registres. Pour emprunter les catégories d'analyse déterminées par Bonnafous⁵⁷, nous trouvons un discours « *pragmatique-emphatique* » dans les propos de plusieurs députées. Ainsi, Christine Egerszegi-Obrist, déjà citée, explique lors de l'entretien, qu'elle était initialement opposée à la LAMal mais que, dans la mesure où cette loi a été approuvée en votation populaire, le Parlement doit être cohérent et en assumer les conséquences. De là, découle en partie son positionnement en faveur d'un financement des soins qui ne défavorise pas exagérément les patients.

On retrouve dans les discours de la socialiste Christine Goll ainsi que ceux de la représentante de l'extrême gauche Marianne Huguenin un modèle de « *discours polémique* ». Cet emprunt au registre plus direct et à l'attaque plus frontale semble être réservé aux interventions qui ne seront vraisemblablement « pas entendues » ou lorsque ces parlementaires savent qu'il est improbable que leurs prises de positions soient suivies.

A ce sujet, la députée socialiste Liliane Maury-Pasquier explique que la nature du débat aux chambres est très déclarative. « *Le débat du Plénum est plutôt destiné au public, à l'attention du procès-verbal et des médias. C'est une mise en scène pour rendre publics les débats des commissions* ». Toutefois, elle relève que certains retournements de situation peuvent avoir lieu entre la séance de commission et celle du Plénum, et que les décisions en séance plénières peuvent réserver des surprises.

Lors des débats d'entrée en matière de notre Période I, la députée du groupe « A gauche toute ! » Marianne Huguenin, qui n'a pas accès aux travaux de la commission car son parti n'y est pas représenté, s'exprime de manière très déterminée. Des interventions bien senties émanent également des députées socialistes Christine Goll, Anita Fetz et Liliane Maury Pasquier qui, vers la fin du processus (Période II), estiment que la loi en voie d'adoption ne tient pas suffisamment compte des propositions faites par la gauche. L'énergie du désespoir, ou l'intervention de type « baroud d'honneur » peuvent occasionner des prises de positions plus profilées et plus typées que de coutume. Le Conseiller aux Etats Christoffel Brändli relève de plus, avec une certaine ironie, que l'accès à l'intégralité des débats via Internet peut pousser chaque parlementaire à s'exprimer au risque d'être perçu comme inactif ; ceci aurait pour effet pervers de conduire à une surenchère d'interventions destinées à se profiler et qui, d'après lui, ne sont pas toujours utiles à l'avancement des travaux.

Selon Mayaffre (2005) spécialiste français de l'analyse du discours, l'identité politique « *est une construction, une représentation que les individus ou les forces sociales se font d'eux-mêmes [...]* ». En suivant la pensée de cet auteur, les interventions musclées mentionnées précédemment sont à comprendre comme l'affirmation d'une identité. Il s'agit moins à ce stade de les voir comme motivées par la volonté de convaincre via un message, mais essentiellement à favoriser l'identification d'une partie de l'auditoire, voire du groupe politique extra-parlementaire. Mayaffre parle de la « *construction d'un espace linguistique dans lequel le groupe pourra se constituer, se reconnaître et exister* ».⁵⁸

6.1.2 Des discours à l'action politique

Dans les débats analysés, le discours polémique est le fait d'une petite minorité. Comment expliquer que les acteurs et actrices prestataires de soins ne se soient pas reconnu·e·s autour des tenants du discours polémique ?

Suite aux entretiens réalisés avec les personnes impliquées dans le processus de révision de loi, nous avons constaté qu'un certain nombre d'acteurs et d'actrices se sont retrouvé·e·s au sein de la coalition dénommée la Communauté d'intérêts, structure dont on peut situer l'action

⁵⁷ Op. cit.

⁵⁸ Op. cit. p. 3.

comme largement pragmatique. Cette organisation se retrouve confrontée à la puissance de l'organisation faîtière des assureurs maladie d'une part, et à l'action des cantons via la CDS d'autre part.

Les assureurs maladie disposent de très importants relais au Parlement. Liliane Maury-Pasquier estime avoir parfois l'impression de siéger au comité de direction de Santésuisse lorsqu'elle est en séance avec la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats. Christine Egerszegi-Obrist parle de tout un processus d'influence qui inclut la promotion de dirigeants de compagnies d'assurances en tant que candidats au Parlement, ou qui amène Santésuisse à s'approcher de parlementaires élus afin de se les affilier.

Santésuisse et les grandes caisses maladie par qui la représentation de l'organisation est assurée ont effectué un travail de suivi intense du dossier. Pour Guido Klaus de la CSS, « *für uns war es entscheidend dass wir das BAG gut... also wir haben den Kontakt zum BAG gepflegt. Für uns war wichtig dass BAG sicher stellen, dass BAG einfach gut Knowhow hat, versteht wie die heutige Finanzierung funktioniert, um abschätzen was die Risiken sind wenn man eine grosse Änderung würde. Und dass hat uns in den ganzen Prozess geholfen. Also, das ist uns gelungen dass BAG ein bisschen auf unsere Seite zu holen. Einfach im Interesse, die wollten keine Kostenexplosion und da hat das BAG unsere Interesse vertreten in diesem ganzen Prozess* ». ⁵⁹

En matière de gestion de la santé publique en Suisse, les cantons jouent un rôle important. Ce sont les – vingt-six – pilotes du système et les principaux responsables de la mise en œuvre locale des décisions fédérales. Concrètement, ils accompagnent le dossier dans le cadre d'un triple processus. La CDS assure un suivi direct des dossiers avec des courriers envoyés à chaque parlementaire ou membre de la commission avant les prises de décisions importantes. Un processus d'influence plus informel via les Conseillers d'Etats en charge de la santé se déploie également ; ces derniers vont travailler avec leurs alliés politiques, qu'ils soient les représentants de leur canton aux chambres fédérales ou des amis politiques. Finalement la CDS a également des contacts directs avec les acteurs lobbyistes du processus de révision législative. La CDS a eu des échanges avec la Communauté d'intérêts sur presque tous les volets de la révision, mis à part la question de la charge à attribuer aux personnes nécessitant des soins. Pour tous les autres objets de négociations, les contacts ont été noués et les positions partagées.

En regard de toutes ces actions, Semia Ayoubi, collaboratrice scientifique à la CDS et responsable du suivi du dossier, reste relativement mesurée quant aux effets du travail d'influence de son organisation. Elle a « *l'impression que les cantons sont entendus, mais qu'on ne les suit pas forcément* ». Elle explique notamment cette déclaration par le fait qu'il « *est certainement plus facile de prendre des décisions dont les répercussions financières seront prises en charge par les impôts que par les primes. Pour le contribuable, c'est moins visible qu'une prime qui augmente* ».

Du côté de la Communauté d'intérêts, la stratégie choisie a été celle du « *lobbying discret* ». ⁶⁰ Suivi très précis du dossier, unanimité du positionnement au sein de la Communauté d'intérêts et action via les représentants régionaux des associations de la Communauté d'intérêts

⁵⁹ Notre traduction : Nous nous sommes portés parties prenantes. Pour nous, il était décisif que l'OFSP soit bien... en fait, nous avons soigné les contacts avec l'OFSP et même, nous avons trouvé important – et je pense que cela a été décisif pour notre influence – que l'OFSP ait une bonne connaissance du dossier et comprenne bien comment le financement actuel fonctionne pour bien pouvoir évaluer ce que représentent les risques si on faisait un grand changement dans la réglementation. Cela nous a aidés dans tout ce processus. Nous avons réussi à ce que l'OFSP soit un peu de notre côté. Simplement, ils ne voulaient avoir aucune explosion des coûts. Et l'OFSP a représenté nos intérêts durant tout ce processus.

⁶⁰ Entretien avec Lionel Ricou de Curaviva.

auprès des parlementaires des différents cantons. L'action a été basée sur une double menace feutrée, jamais affirmée, de recours à l'opinion publique par le biais des médias ou des organes propres des organismes représentés, et/ou d'utilisation du référendum. Pour la présidente de la Communauté d'intérêts, Stéphanie Mörkofer, il ne faut jamais attaquer de front au risque de froisser les parlementaires, mais seulement indiquer la potentialité d'une action. La stratégie est celle de la diffusion d'information plutôt que celle d'une pression exercée trop explicitement.

En ce qui concerne les contacts avec les assureurs maladie, ceux-ci ont été relativement restreints de l'avis des représentants de la Communauté d'intérêts. Pour Elsbeth Wandeler, secrétaire générale de l'ASI, « *pour les assureurs, tout est simple : les prestataires de soins, c'est des coûts. C'est monolithique. On discute finalement peu directement avec eux* ». Les médecins – acteurs dont on aurait pu penser qu'ils occuperaient une place dans le processus de négociation et de décision – sont restés étrangement muets : ils n'ont pas participé officiellement au processus de décision. Quelques médecins parlementaires (Félix Gutzwiller, Francesco Cavalli et Marianne Huguenin) ont certes pris la parole au Parlement, avec des positions fort diverses, mais l'association faitière ne s'est en aucune façon immiscée dans les débats.⁶¹

A ce stade, on peut se demander pourquoi un positionnement de type « pragmatique », qu'il émane de l'organisation représentative des cantons ou de l'organisation des prestataires et des bénéficiaires, n'a pas mieux porté ses fruits en termes d'effets. Les décisions finales ne contiennent que de maigres concessions : ces dernières peuvent être définies comme l'introduction d'une période de deux semaines de soins de transition couverts comme des soins aigus d'une part, et le plafonnement de la participation des patients à la couverture des frais de soins de l'autre. Par ailleurs, il faut bien constater que le texte adopté renvoie aux cantons une part non négligeable de la prise en charge financière des prestations dont l'assurance-maladie se retire ; de plus, le passage à la notion de contribution – et non de couverture – des prestations de soins a bien été entériné.

Une des explications possibles est celle de l'influence et du nombre de parlementaires ayant de liens d'intérêt, proches ou moins proches, avec une caisse maladie. Un autre champ de réflexion concerne la nature même de la coalition d'intérêts qui s'est formée dans le but de prendre la défense des soins. Nous développons ces deux thématiques dans la section suivante qui se penche sur le processus politique.

6.2 Le processus politique d'élaboration législative

Le constat de premier niveau qui met en avant la force des assureurs maladie au Parlement et le poids d'une sorte de « vision masculine » du monde de la santé peut satisfaire notre hypothèse de départ. Cette dernière postulait une dimension relative au genre dans la problématique soulevée par la révision du financement des soins dans l'assurance maladie suisse. Faut-il dès lors se cantonner à ce constat, au risque de naturaliser les rapports entre les sexes ? Dans cette perspective, les différences seraient aisément compréhensibles car les femmes sont, par leurs parcours de vie et parcours professionnels, plus sensibilisées aux questions relatives à l'humain. Nous nous proposons d'explorer plus avant ce que l'on peut, avec Carrasco (2007), appeler un mécanisme d'occultation. Un tel mécanisme correspondrait au déplacement du travail de soins, et par conséquent des coûts relatifs aux soins, vers le champ des prestations non rémunérées et donc « invisibles ».

⁶¹ Ce qui contraste grandement avec l'engagement massif de la Fédération des médecins suisses (FMH) dans la campagne contre la révision de l'article constitutionnel sur l'assurance maladie (votation du 1^{er} juin 2008).

Pour ce faire et en nous inspirant de Dallaire (2008), nous nous proposons de passer en revue « le contexte, les coalitions d'acteurs, les valeurs et les connaissances » en tant que cadre d'analyse des éléments qui ont eu une influence sur le processus politique.

6.2.1 Contexte institutionnel et structures d'actions

Le système politique basé sur la recherche de compromis entre les acteurs en interaction est un élément central du processus d'élaboration des lois. En ce qui concerne le processus de révision de la LAMal, les forces parlementaires sont assez clairement en faveur des représentants des assureurs-maladie. Toutefois, les autres acteurs du jeu politique ne se sont pas cantonnés dans un rôle de spectateurs des négociations en cours. Notre analyse nous permet d'identifier les groupes d'intérêts en présence. Reste ensuite à savoir quels intérêts ces groupes représentent.

Au niveau de la dynamique en matière de politique sanitaire, la Suisse a un fonctionnement essentiellement fédéraliste. Seule la LAMal, dans son cadre général, est de portée nationale. Les mises en œuvre des politiques de santé sont cantonales. La tâche du Département de l'intérieur est ainsi paradoxale : assurer un cadre législatif qui permette de gérer une problématique, tout en composant avec des partenaires de négociations aux intérêts divers et à périmètre d'action différent. Les catégories principales de partenaires dans le processus qui nous occupe, sont les assureurs maladie, représentés essentiellement par les plus grandes caisses maladie, les prestataires de soins, représentés essentiellement par les associations nationales d'employeurs (soins à domicile et homes) parlant également au nom des associations de patients, et enfin les cantons, qui seront les piliers de la mise en œuvre dans les régions.

En ce qui concerne le champ des acteurs, relevons que plusieurs personnes rencontrées⁶² mettent l'accent sur le travail qu'elles ont entrepris dans le cadre de la constitution du groupe de pression dénommé « Communauté d'intérêts Financement des soins ». Cette organisation originale mérite une attention particulière au sens où elle a représenté une première dans le cadre des révisions de l'assurance obligatoire des soins. Nous y revenons plus bas après avoir mis en évidence quelques éléments du jeu politique qui a cours entre les groupes en confrontation.

Un jeu politique

Le contexte dans lequel se déroule le jeu politique de la révision de l'assurance obligatoire des soins est empreint de différentes stratégies allant de la confrontation directe (rare) à des manœuvres plus indirectes où chaque groupe dévoile partiellement ses cartes. On tisse des liens au-delà de son groupe, on essaie de faire passer ses idées, sans trop en avoir l'air.

Nous l'avons déjà relevé, le clivage idéologique n'est pas classique en ce sens qu'il n'oppose pas systématiquement les blocs gauche et droite. Un certain nombre de parlementaires de droite, dont une majorité de femmes, ont pris fait et cause pour la défense des soins contre les attaques des milieux de l'assurance maladie. La partie est délicate pour ces parlementaires de la droite. Elles appartiennent à une famille politique et il s'agit pour elles de mettre en avant leurs arguments en faveur d'une meilleure prise en compte des soins, sans toutefois se démarquer de leurs bases idéologiques. C'est ce que fait Christine Egerszegi-Obrist lorsqu'elle affirme :

Diese Pflege muss gewährleistet sein. Es ist nur die Frage, wer sie bezahlt. Wir haben

⁶² Les députées Liliane Maury-Pasquier et Christine Egerszegi-Obrist, mais aussi les autres acteurs et actrices situées hors du Parlement, Lionel Ricou de l'association Curaviva, Stéphanie Mörkofer de l'association SPITEX, Elsbeth Wandeler de l'ASI et d'autres.

bei der Einführung der Krankenversicherung klar gesagt- Jede medizinisch verordnete Leistung, sei es im Pflegeheim, im Spital oder ambulant, muss von der Krankenversicherung übernommen werden. Ohne diesen Passus wäre dieses neue Gesetz damals von der Bevölkerung nie angenommen worden. Dem müssen wir jetzt nachleben. Es ist so- Das ist eine Pflege, die vom Arzt verordnet wird. Sie kann und würde uns Folgekosten ersparen⁶³ (intervention 353).

Bien qu'initialement opposée à la LAMal, la valeur qu'elle accorde à la volonté populaire l'amène à respecter et faire respecter la loi demandant une prise en charge intégrale des soins. Ceci ne veut pas dire qu'il soit possible pour elle d'aller de l'avant en faisant abstraction de la dimension économique. Il s'agit alors d'entreprendre un double travail de persuasion et de négociation auprès de ses collègues de groupe, mais aussi au sein de la Communauté d'intérêts.

Cette coalition, qui dépasse le clivage politique classique, permet par exemple d'engranger une victoire dans la bataille des limitations en matière d'accès aux prestations complémentaires. C'est avec l'appui de l'association des propriétaires qu'il a été possible pour la Communauté d'intérêts de trouver les forces susceptibles de faire accepter une élévation de la prise en compte de la fortune pour un accès aux prestations complémentaires. Le président de cette association était un Conseiller national radical.⁶⁴

De l'autre côté de l'arène des acteurs agissant sur le processus politique, on peut penser que les assureurs maladie, qui sont en position de force, se permettent d'attaquer plus franchement. Ceci se confirme dans une certaine mesure. Cette vision du processus doit toutefois être relativisée, car toutes les personnes rencontrées s'accordent pour noter qu'une attaque trop franche pourrait être mal ressentie par des parlementaires qui n'aiment pas qu'on leur dicte ce qu'ils doivent décider. En l'occurrence, pour les assureurs maladie, le jeu consiste à déplacer le débat du champ humaniste vers l'aspect économique. Le problème pour les représentants des assureurs maladie est que, selon les termes de Guido Klaus de la CSS, « *eigentlich will niemand gegen die Interesse der Spitex ankämpfen. Die Spitex kann für sich ein wichtiges Argument im Anspruch nehmen nach der Moto ambulante Pflege vor stationäre Pflege, also Spitex muss man fördern* ». ⁶⁵ Pour lui, s'il est aisé de susciter la sympathie pour les pauvres et pour les personnes ayant besoin de soins pour s'opposer à des frais supplémentaires directs qui les affecteraient, il est difficile pour les assureurs de mettre en avant l'augmentation des dépenses à charge de l'assurance maladie comme un problème du même type. L'argumentation doit donc être portée sur le terrain économique et sur la question du niveau des primes.

Même s'ils ne le font pas en public, les assureurs maladie se permettent – lorsqu'ils sont entre experts – de critiquer le positionnement de la Communauté d'intérêts, qui parle au nom des patients mais est composée en majeure partie de prestataires de soins.

Le recours à la confrontation est possible, mais dans certains cas seulement, et auprès de certains groupes. Une approche confrontationnelle peut avoir un coût en terme d'image ; une pesée d'intérêts stratégique doit intervenir avant son utilisation.

⁶³ Notre traduction : Ces soins doivent être garantis. C'est seulement la question de savoir qui les paie. Nous avons clairement dit au moment de l'entrée en matière de l'assurance-maladie – chaque prestation ordonnée médicalement, que ce soit en EMS, à l'hôpital ou en ambulatoire doit être prise en charge par l'assurance-maladie. Sans ce passage, cette nouvelle loi n'aurait pas été approuvée par le peuple à l'époque. On doit maintenant vivre avec cela. C'est ainsi. Un soin qui est prescrit par un médecin. Il peut et devrait nous économiser des coûts ultérieurs.

⁶⁴ Rudolf Steiner, Président de l'Hauseigentümerversand Schweiz.

⁶⁵ Notre traduction : Dans le fond, personne ne veut combattre les intérêts de Spitex. Spitex possède un argument important à mettre dans les débats selon le slogan : les soins ambulatoires avant les soins stationnaires ! Il faut donc promouvoir Spitex.

6.2.2 Les coalitions d'acteurs : de la controverse à la construction d'un compromis

En février 2005, lorsque le chef du Département de l'intérieur propose dans un des premiers messages de différencier les soins de base (Grundpflege) des soins de traitement (Behandlungspflege), dans l'idée de ne rembourser pleinement que les seconds, l'opposition au modèle est quasiment unanime. Seuls les assureurs maladie soutiennent les propositions et affirment que l'assurance maladie obligatoire doit « *nur einen Beitrag an die Leistungen der Grundpflege ausrichten, die Leistungen der Behandlungspflege hingegen voll decken* ». ⁶⁶ Les autres partenaires estiment de leur côté que l'on assiste à un démembrement (Aufteilung) des soins infirmiers (ASI) alors que les cantons rejettent un « modèle impraticable ». ⁶⁷

C'est dans ce contexte que la Communauté d'intérêts, constituée en 2003 sous l'égide de prestataires de soins, plus précisément des associations de soins à domicile (Spitex Verband Schweiz), des hôpitaux (H+), des homes (Curaviva) et d'infirmières et infirmiers (ASI), estime devoir être élargie. Pour Stéphanie Mörikofer, Christine Egerszegi-Obrist et Liliane Maury-Pasquier, les prestataires se sont rassemblés pour élaborer des propositions de solutions. Stéphanie Mörikofer ajoute : « *quand on est passé dans la phase pré-parlementaire, il y a eu la nécessité d'ouvrir aux associations d'usagers* ». Dès lors, les associations de défense de différents types de patients ou de groupes concernés ont adhéré à l'organisation. On retrouve notamment le Conseil suisse des aînés, les associations d'aide aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, d'aide aux handicapés, etc. qui fonctionnent comme groupes latents potentiellement mobilisables. On assiste dès lors à la constitution d'une véritable coalition unie pour défendre des intérêts. Pour plusieurs acteurs et actrices, cette Communauté d'intérêts représente une première dans le débat sur les assurances sociales.

Sur le plan de l'organisation, une coalition se crée dont le statut est peu formalisé ; une sorte « *d'assemblée ouverte* », selon Stéphanie Mörikofer, qui fonctionne sans statut. A la tête de la Communauté d'intérêts, Stéphanie Mörikofer est une ancienne Conseillère d'Etat radicale qui a été cheffe du Département de la santé publique du canton d'Argovie ; elle est par ailleurs présidente de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, plus communément appelée Spitex Suisse. Le secrétariat de la Communauté d'intérêts est tenu par Lionel Ricou, responsable de la communication de l'association suisse des EMS Curaviva, entré en fonction au cours du processus de révision de la loi. Ce politologue de formation possède une carte d'accréditation qui lui donne accès au Parlement. Les autres organisations membres de la Communauté d'intérêts apportent également leur lot de contacts et de réseaux potentiels à activer. Nous pouvons affirmer que la tactique politique consiste en un élargissement de la surface d'action potentielle.

En ce qui concerne sa force de frappe ou sa capacité d'influence sur le pouvoir politique, la Communauté d'intérêts a un potentiel non négligeable. Elle ne se gêne pas de le faire savoir. Entre toutes les organisations, elle compte plusieurs dizaines de milliers de membres susceptibles de réagir ou de faire réagir de larges couches de la population : les prestataires de soins dont les infirmières et infirmiers, les hôpitaux, les institutions de soins, les services de soins à domicile, mais aussi du côté des bénéficiaires, les associations de personnes âgées, les associations de malades chroniques, les associations de proches, etc. ⁶⁸ On le constate, le

⁶⁶ Communiqué de Santésuisse du 15 février 2005. Notre traduction : l'assurance maladie obligatoire ne doit aligner ses prestations que sous forme d'une contribution aux soins de base tandis que les soins de traitement doivent être intégralement couverts.

⁶⁷ CDS-GDK : communiqué du 16 février 2005.

⁶⁸ Curaviva – Association des homes et institutions suisses • Association suisse des services d'aide et de soins à domicile • H+ Les Hôpitaux de Suisse • Association suisse des infirmières et infirmiers • Association professionnelle suisse des soins en gériatrie, réadaptation et aux malades chroniques •

potentiel d'action est large. Avec une telle « armée de réserve », il est loisible d'imaginer qu'un référendum contre un projet de loi puisse aisément aboutir. A la condition toutefois que ce référendum soit appuyé par toutes les parties de la coalition, d'où la nécessité d'avoir une base de discussion large et des structures décisionnelles les plus légères possibles. La Communauté d'intérêts élargie est ainsi organisée, pour reprendre les propos de sa présidente, comme « *une assemblée ouverte* », sans statut et fonctionnant sur un mode relativement informel.

Les méthodes d'actions choisies ont consisté en une recherche d'influence du processus politique en cours. Mis à part les réactions lors de la phase précédant la phase pré-parlementaire qui a vu une opposition au modèle proposé par le Conseil fédéral, il n'y a pas eu d'opposition au processus de révision en cours, mais plutôt la recherche d'améliorations par rapport aux décisions prises par des propositions diffusées régulièrement et systématiquement. « *De toute façon, il fallait une clarification de la LAMal* » précise Lionel Ricou de la direction de Curaviva.

Le levier choisi pour faire passer les propositions a été celui de la négociation sur fond de menace feutrée de référendum. Pour tout projet de modification législative, à la demande d'au moins 50 000 citoyen-ne-s, la révision doit alors passer en votation populaire. Cette étape facultative rallonge le processus de révision et peut hypothéquer son succès. Pour la présidente de Spitex Suisse, Stéphanie Mörikofer, « *il ne faut pas non plus faire des menaces. Il faut dire 'on a le pouvoir de faire ceci...'. On n'a jamais dit 'on va faire un référendum !'. Les menaces peuvent être contre-productives* ». L'approche douce du problème a été choisie d'emblée. Ce choix stratégique peut être mis en lien avec les objectifs implicites de la présidente de Spitex Suisse dans le processus de réforme législatif en cours.

6.2.3 Une coalition de cause

Communauté d'intérêts. Intérêts, oui, mais de qui aurions-nous envie de demander à ce stade de la présentation ? Ainsi Guido Klaus de la compagnie d'assurance maladie CSS parle de « *Interessen Verknüpfungen* ». ⁶⁹ Il se demande même si ces organisations « *kämpfen für eure Interessen als Institution und nicht unbedingt um Interesse der Pflegebedürftigen* ». ⁷⁰ La question est dès lors posée : quels sont les intérêts en présence ? La structure de la Communauté d'intérêts est intéressante car elle regroupe un éventail large d'acteurs et d'actrices et de groupes ayant des liens proches mais diversifiés avec la problématique débattue.

Stéphanie Mörikofer en tant que présidente de la Communauté d'intérêts est une femme politique très en vue dans le landerneau politique national ; elle possède l'expérience d'avoir siégé plusieurs années dans un exécutif cantonal en matière d'affaires sanitaires sous les couleurs du Parti Radical ; d'autre part, elle a de nombreux relais dans le secteur des institutions de soins à domicile. Le secrétaire de la Communauté d'intérêts, Lionel Ricou, politologue nouvellement engagé à Curaviva pour traiter du suivi des dossiers de politique de santé, est une personne dynamique qui a contribué à créer le profil de la fonction qu'il occupe dans le cadre du suivi du dossier du financement des soins. Il est vu comme proche du centre-droit politique, en particulier des parlementaires démocrates-chrétiens. Avec ces deux personnalités très complémentaires, la Communauté d'intérêts a les moyens d'un suivi

Conférence des organisations faitières de l'aide privée aux handicapés • Association Alzheimer Suisse • Société suisse de la sclérose en plaques • Conférence nationale suisse des ligues de la santé • Conseil suisse des aînés • Senesuisse – Etablissements suisses médicalisés privés pour personnes âgées.

⁶⁹ Notre traduction : combinaison d'intérêts.

⁷⁰ Notre traduction : se battent pour les intérêts de [leurs] institutions ou est-ce [qu'elles s'intéressent] vraiment aux personnes nécessitant des soins.

professionnel du dossier.

On peut constater que les intérêts des employeurs du secteur des soins à domicile et des homes sont bien représentés au sein de la Communauté d'intérêts. Sur un plan plus politique, cette représentation est ancrée au centre droit et c'est dans ce secteur qu'elle va développer toute sa force de frappe. Les milieux de la gauche étant considérés comme opposés par principe à toute réduction des prestations sociales, le travail de conviction pour essayer d'obtenir plus de voix devait se focaliser sur les parlementaires radicaux et démocrates-chrétiens. Avec sa revendication fondamentale portant sur le plafonnement de la contribution du patient/résident, la Communauté d'intérêts correspond plus à ce que Sabatier, dans son modèle d'analyse des politiques publiques, appelle une coalition de cause. *Une coalition de cause est définie [...] comme un ensemble composé d'acteurs issus d'organisations gouvernementales et privées variées, qui, dans le même temps, (a) partagent un ensemble de croyances normatives et causales et (b) participent, dans un degré non négligeable, à une activité coordonnée dans le temps* » (Sabatier, cité par Bergeron 1998). Au-delà de l'intérêt général du patient que tout le monde reconnaît, il est difficile de déterminer une base commune forte aux représentant·e·s des organisations rencontré·e·s en termes de valeurs.

Quel est dès lors le potentiel d'influence de la Communauté d'intérêts sur le pouvoir politique ?

Pouvoir : autorité et influence

Selon Dallaire qui reprend Celia Davies (2008), « *le pouvoir est la capacité de modifier ou d'influencer le déroulement des événements et de créer des possibilités où il n'en existait aucune* ».

Lors de l'entretien qu'il nous a accordé, l'influent Conseiller aux Etats UDC Christoffel Brändli, président de Santéuisse à l'époque des débats sur le financement des soins, évoque le processus de révision de la loi. Au moment où il veut parler de la présidente de la Communauté d'intérêts : « [...] *und das war immer akzeptiert, mit Ausnahme von Frau Büttikofer und die Gruppe, die kamen und wollten mehr für Übergangspflege* », ⁷¹ il estropie le nom de cette ancienne Conseillère d'Etat argovienne par ailleurs présidente de l'association Spitex Suisse. Un peu plus tard, il ne se rappelle plus de la dénomination « Communauté d'intérêts Financement des soins ». Cette anecdote donne un aperçu de l'importance accordée par un parlementaire influent à la Communauté d'intérêts.

Du côté des parlementaires qui mentionnent la Communauté d'intérêts, on a essentiellement des parlementaires femmes issues de la gauche. Par deux fois (Interventions 234 et 336), la parlementaire socialiste Christine Goll rappelle son existence en insistant sur la composition multiple de la Communauté d'intérêts :

In unserer SGK haben wir zu Beginn der Arbeiten eine ungewöhnliche, aber einstimmige, einmütige Allianz angehört. Es war die IG Pflegefinanzierung, ein Zusammenschluss sämtlicher Leistungserbringer, wie beispielsweise die Leistungserbringer im Bereich der Heime, Curaviva, und die im Bereich der Spitäler, H+. Weiter dabei sind der Spitexverband, der Berufsverband des Pflegepersonals, SBK, aber auch die Fachorganisationen von Chronischkranken und Behinderten sowie diverse Rentnerinnen- und Rentnerverbände. Diese IG Pflegefinanzierung hat unmissverständlich klargemacht, dass die Abbauvorlage des Ständerates nicht akzeptiert werden kann und notfalls die Stimmberechtigten an der Urne zu entscheiden hätten. Das Pflegerisiko ist für jede und jeden gegeben. ⁷² (Intervention n°234).

⁷¹ Notre traduction : cela a [...] toujours été accepté à l'exception [...] de Mme Büttikofer et du groupe qui sont arrivés et voulaient encore plus pour les soins de transition [...].

⁷² Notre traduction : Dans les travaux de notre commission, nous avons entendu une alliance inhabituelle mais parlant d'une seule voix. C'était la CI Financement des soins, une coalition de

Deux autres parlementaires en font de même sous une forme quasiment identique : la socialiste Liliane Maury-Pasquier au Conseil national (Intervention 228) puis au Conseil des Etats (Intervention 350) et la popiste Marianne Huguenin au Conseil national (Intervention 236).

Notons que ce rappel direct au Plénum de l'existence de la Communauté d'intérêts émane toujours de femmes de gauche, et parmi celles-ci, de femmes plutôt fortement positionnées. Ces rappels interviennent au moment du débat d'entrée en matière au Conseil national, moment durant lequel les groupes marquent leurs positions. La cinquième et dernière mention de la Communauté d'intérêts est le fait de la députée Maury-Pasquier, passée depuis lors au Conseil des Etats et qui intervient dans le cadre du mode de financement des soins de transition, débat hautement controversé. Il est intéressant de constater que les femmes de droite, pourtant très actives au sein de la Communauté d'intérêts, n'interviennent pas directement sur la thématique au Plénum.

Dallaire (2008), citée ci-dessus, insiste sur la différence qu'il y a entre le pouvoir hiérarchique et la force de réaliser des choses. Dans ce sens, le pouvoir des infirmières dans le jeu politique devrait être ancré sur le contrat liant la profession infirmière et la société ; le fait que les infirmières possèdent des informations sur les besoins de la population et des malades et disposent de connaissances théoriques et pratiques sur la mise en œuvre des politiques de santé devrait être mis en avant. Entre les actions déclamatoires au Parlement et le rappel feutré, mais insistant auprès des personnes, il est difficile d'évaluer le réel pouvoir d'influence de la Communauté d'intérêts. De la même manière, il est difficile d'évaluer en son sein, le pouvoir des infirmières sur les décisions de ce groupe de pression.

Il est par contre possible de relever qu'au final, la prise en compte des revendications émises au nom des professionnel-le-s des soins infirmiers est relativement minime, ce qu'évoque la secrétaire nationale de l'ASI, Elsbeth Wandeler : *« les soins sont maintenant clairement considérés comme une catégorie que la LAMal ne couvre pas entièrement, mais à laquelle elle 'contribue'. Cela souligne une considération différente apportée aux prestations médicales et aux soins en tant que tels »*. Cet aspect doit être mis en lien avec la question, récurrente au fil de ces pages, de la définition des soins.

6.2.4 La légitimité par les connaissances

La question de la définition des soins à entériner, à critiquer ou à élaborer est un sujet qui revient à plusieurs reprises dans notre enquête et est un des éléments qui se situe au cœur de notre problématique. Les soins ne sont pas réellement définis dans les assurances sociales suisses, on l'a vu en préambule à notre recherche (Despland, 2001) ; la question est donc posée : le processus de révision législative en cours peut-il pallier à cette lacune ? On l'a vu, il ne nous apparaît pas au final que le Parlement ait réellement défini les soins – en tous cas pas de manière plus précise que ce qui figurait auparavant dans l'art. 7 OPAS (RS 832.112.31). Rappelons que les débats ont été essentiellement focalisés sur les aspects économiques, que le contenu des soins a été fort peu abordé, et que la nécessité d'une définition n'a pas représenté un réel enjeu lors des débats.

La représentante de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Semia Ayoubi estime pour sa part que la définition des soins existant dans la LAMal

fournisseurs de prestations comme ceux des champs des homes, Curaviva, des hôpitaux, H+. Mais il y avait aussi ceux des soins à domicile, l'Association Spitex, le personnel soignant, l'ASI, mais également les organisations de malades chroniques, d'handicapés ainsi que de rentiers et rentières. Cette CI Financement des soins a fait savoir d'une manière claire et nette qu'elle ne pourra pas accepter les propositions de suppressions du Conseil des Etats, et au besoin, s'en référera à la décision des urnes. Le risque d'un recours aux soins guette chacun et chacune.

est suffisante et qu'il n'est pas nécessaire de développer l'Art. 7 de l'OPAS. La cheffe de file de la Communauté d'intérêts, Stéphanie Mörkofer estime de son côté préférable d'avoir une définition dans l'ordonnance et verrait d'un mauvais œil une définition sise dans la loi. « *Les soins sont définis juste dans les ordonnances. Il me semble que cette solution n'est pas tellement mauvaise. L'évolution des soins est relativement rapide. Si c'est défini dans la loi, il y a une difficulté à adapter la loi. Pensez aux changements de l'ordonnance pour les soins psychiatriques, si cela avait été dans la loi, cela prenait au moins 5 ans* ». Pour nous, force est de constater que l'assise des soins dans l'assurance maladie est fragile en l'absence d'une définition explicite dans la loi ; les éléments de définitions présents dans l'ordonnance (cf. art. 7 OPAS en annexe) sont restrictifs et considérés comme insatisfaisants par de nombreux professionnels.

Les espoirs des spécialistes du droit des assurances sociales et des professionnels de voir ancrer une définition large dans la loi se heurtent donc non seulement aux positions de certains acteurs politiques qui trouvent que la législation est suffisante, mais aussi à celles d'autres qui s'expriment en faveur du maintien de définitions dans l'ordonnance afin de préserver des options plus souples en vue d'adaptations ultérieures.

Au final, peu d'acteurs se sont souciés du contenu des soins ; peu de parlementaires ont mis en avant l'importance d'une réelle définition de ce qu'ils contiennent. Liliane Maury-Pasquier en est consciente, et rappelle que « *les gens ne savent pas forcément ce que sont les soins. Ils mélangent facilement les choses, par exemple les prestations hôtelières ou de ménage avec les prestations de soins. Sauf dans le cas de personnes qui ont eu des expériences personnelles qui les ont confrontées à des situations concrètes de besoins en soins* ».

Sur le plan concret, notre constat est clair : le soin n'est pas réellement abordé en termes de contenu. Une des rares personnes rencontrées qui mentionne les situations de patients (personnes atteintes d'un cancer avec métastases, victimes d'attaques cérébrales avec toutes leurs conséquences) est la députée Christine Egerszegi-Obrist. Pour elle, qui reconnaît avoir été sensibilisée en tant que mère de famille et en ayant eu à accompagner des proches dans la maladie, le discours est ancré dans la réalité. Elle met ces éléments en lien avec des questions de dignité.

Cette difficulté à aborder les contenus se répercute sur les dénominations utilisées. Elle est sans doute en lien avec la difficulté pour les acteurs et actrices concernées mais pas forcément spécialisé-e-s dans le domaine à se « retrouver » dans la terminologie utilisée dès que l'on s'éloigne du sens commun. Chacun-e sait ce qu'est soigner et n'estime pas nécessaire d'avoir à se renseigner pour savoir si cela correspond à la réalité des soins professionnels, soins dont on traite dans la révision de l'assurance obligatoire des soins. Ce problème a été relevé par le Conseiller national démocrate-chrétien Reto Wehrli (Intervention N°322) lors des débats, mais n'a pas donné suite à des clarifications : « *Die einen nennen die Übergangspflege "Akutpflege", andere wiederum reden von "Postakutpflege". Es gibt Pflegeheimkonzeptionen, in denen die Übergangspflege den Pflegeheimen angegliedert ist; andere Kantone sagen, sie gehöre eher in den akutstationären Bereich usw.; da entsteht ein babylonisches Sprachengewirr* ». ⁷³ Au final, le Parlement a opéré une différence entre les soins aigus et les soins de transition. Ces nouvelles dénominations posent plus de problèmes qu'elles n'en ont résolus. On en prend conscience alors qu'il s'agit maintenant de rédiger l'ordonnance d'application. Cette difficulté est relevée par plusieurs des personnes rencontrées.

En cherchant à expliciter les bases qui pourraient préciser la place, les buts, les formes, voire

⁷³ Notre traduction : en matière de soins de transition certains parlent de soins aigus, d'autre de soins post-aigus. Il y a des homes qui intègrent les soins de transition dans leur conception de soins; d'autres cantons disent que cela appartient au secteur des soins aigus ; il en résulte une véritable confusion linguistique.

la définition des soins au fil des débats, nous avons recensé quelques rapports de recherches ou prises de position étayées sur des données relatives aux soins à domicile et en EMS :

- Une étude juridique de l'Institut de droit de la santé qui brosse un tableau complet du statut des soins dans les assurances sociales suisses (Despland, 2001).
- Une étude commanditée par l'Office fédéral de la santé publique qui évalue les volumes de soins fournis – chiffres de l'année 2001 (Iten et Hammer, 2004).
- Un rapport émanant des fournisseurs de prestations (ASI, Curaviva, H+, Spitex Verband Schweiz, 2004) qui propose un modèle pour le financement des soins.
- Une étude commanditée par le Parti socialiste au cabinet d'études sociologiques BASS (Wächter et Stutz, 2007) qui propose une estimation des volumes de soins prodigués en EMS et à domicile et fait le point sur les différentes propositions qui sont sorties des débats. L'étude évalue également la perspective d'introduction d'une assurance dépendance.
- Un rapport commandité par l'Office fédéral de la santé publique au Bureau INFRAS pour évaluer les coûts et la répartition des coûts des soins dans les EMS et dans les soins à domicile (Iten et al. 2007).

Ces différentes recherches mettent en évidence certaines tendances lourdes. Elles entérinent surtout le constat des lacunes en matière de connaissances, ce que relève notamment Bruno Fuhrer, responsable de secteur à l'Office fédéral de la santé publique, lorsqu'il affirme à propos de la dernière étude mentionnée que « *les résultats sont à prendre avec prudence mais, étant donné la situation, il n'était pas possible de faire mieux* » (2008).

Paradoxalement, peu d'éléments provenant de ces recherches, pourtant commanditées durant le processus de révision législative, émergent dans les échanges ou viennent étayer les positions des parlementaires. Les arguments avancés restent souvent généraux, ou plus idéologiques que scientifiques, malgré le sentiment exprimé par plusieurs de nos interlocuteurs d'avoir participé à un débat à teneur idéologique relativement faible.

En tous les cas, il est manifeste que le sujet à traiter est complexe. La problématique touche des sujets divers et nécessite des éléments provenant de domaines multiples : démographie, économie de la santé, assurances sociales, dispositifs cantonaux actuels, etc. Les acteurs concernés sont nombreux et les données à disposition souvent lacunaires. La gamme de connaissances nécessaires pour analyser et traiter un dossier aussi complexe, et pour prendre en compte les conséquences de divers types de décisions sur les personnes, les organismes concernés et les systèmes socio-sanitaires et législatifs est large ; la capacité d'un Parlement de milice à traiter de tels dossiers dans de bonnes conditions doit être abordée.

Dans un Parlement de milice, les parlementaires qui traitent d'une question sont parfois directement intéressés par l'objet des débats ; ils peuvent également être soutenus par leur parti ou par des organisations ayant un intérêt direct pour la question traitée. D'autre part, nous remarquons que de nombreux parlementaires ont une formation initiale juridique. On peut donc postuler que la lecture et la compréhension fine d'études de type sciences humaines ou de politique sanitaire et sociale ne leur est pas « naturellement » familière.⁷⁴ Ce constat est mis en perspective par le Conseiller aux Etats Christoffel Brändli lorsqu'il affirme lors de l'entretien qu'il nous a consacré : « *da bekommen Sie eine Bericht der Verwaltung- Die Verwaltung sagt 'das ist gut und das ist schlecht'. Und der einzelne Parlamentär kann sich gut*

⁷⁴ Sur le total des 53 politicien·ne·s intervenant dans le processus de révision législative nous intéressant ici, 44 (83%) sont actifs dans le secteur tertiaire. De ces derniers, 12 (27%) sont actifs dans le secteur juridique, 11 (25%) dans l'économie / finance et 11 (22%) dans les administrations publiques, dont 6 dans les administrations. Au final, seuls 7 parlementaires sur 52 détiennent une formation professionnelle supérieure dans le secteur de la santé.

*ein Bild machen. Es ist nicht so wie wir in die Kommission sitzen und da kommen wir und sie sagen 'Sie müssen sich entschieden'. Das kann jede sagen 'ich möchte da noch Ergänzungen' ».*⁷⁵ Nous revenons brièvement sur la problématique des travaux de Parlements de milice.

Les structures de milice

Pour Germann (1996), le Parlement fédéral est une structure semi-professionnalisée. On parle de travail de milice. Ce qualificatif est à comprendre comme des personnes qui accomplissent « *un travail à temps partiel et accessoire à une activité professionnelle principale [...]. Souvent, les structures de milice constituent des organes collégiaux peu hiérarchisés prenant la forme de commissions* » (Germann, 1996). Cet auteur distingue les structures de milice substitutives des structures de milice complémentaires ; dans le premier modèle, la structure va se substituer au travail qui pourrait être exécuté par des professionnels. Une distinction supplémentaire est opérée par cet auteur entre les structures « d'amateurs » et structures « d'experts ». Les structures composées d'experts se retrouvent plus fréquemment dans le modèle des structures de milice complémentaires, notamment dans les commissions extra-parlementaires.

Dans la situation abordée au travers de notre étude, nous nous intéressons plutôt au fonctionnement de la Commission parlementaire, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) et de ses deux entités rattachées aux deux chambres. En ce qui concerne la problématique de la révision de la LAMal en matière de financement des soins, nous avons à faire à des dossiers complexes qui touchent à la politique de la santé et à son articulation avec d'autres assurances sociales. Pour un-e parlementaire qui veut pouvoir assurer un suivi du travail à accomplir, il y a nécessité de développer une certaine spécialisation, que celle-ci s'appuie sur une expérience professionnelle, qu'elle soit liée à des expériences de vie passées, ou qu'elle découle de fonctions de représentations dans des organisations actives dans le domaine (prestataires, patients ou assureurs). Pour la législature actuelle (2007 – 2011), environ la moitié des parlementaires de notre corpus est membre de la CSSS de leur conseil. La Conseillère aux Etats Christine Egerszegi-Obrist souligne que « *les assureurs sont très forts dans la commission* ». Si certains parlementaires ont dû quitter des fonctions dans des commissions en matière de politique sanitaire, certains sont directement rémunérés par des caisses maladie et peuvent tout de même siéger en commission. Pour elle, « *il y a quelque chose qui ne va pas* » car certains parlementaires sont approchés une fois qu'ils siègent dans la commission.

Pour Germann,⁷⁶ une structure de milice présente l'avantage d'un ancrage dans le fonctionnement traditionnel de la politique helvétique. Avec un ancrage dans la société civile, la structure de milice assure au travail parlementaire une certaine légitimité. Pour cet auteur, le politicien ou la politicienne de milice se trouve porté soit par les intérêts de son activité professionnelle, soit par la volonté de défendre une cause. On peut également penser qu'il y a pour lui ou elle l'opportunité de se positionner sur des dossiers sensibles qui sont souvent bien relayés dans les médias.

Il n'en reste pas moins que les parlementaires se trouvent confrontés à la nécessité de disposer d'un revenu découlant d'activités autres que leur mandat politique. Cette situation les pousse à être intégrés dans des structures professionnelles et augmente le risque de conflits d'intérêts.

⁷⁵ Notre traduction : On reçoit aussi un rapport de l'administration. L'administration dit c'est bon ou mauvais. Et chaque parlementaire peut bien se faire une image. Ce n'est pas comme si on arrive dans la commission et que l'on doit décider tout de suite. Chacun peut dire « j'aimerais bien encore des précisions ».

⁷⁶ Op. cit.

6.3 Droit et politique sociale

Dans ce volet, nous abordons brièvement les décisions politiques qui ont été prises sous l'angle de quelques interrogations en matière de cohérence des politiques sociales. Nous esquissons en particulier les limites des modifications légales et la portée de celles-ci du point de vue de la coordination avec les autres assurances sociales.

6.3.1 Les soins de longue durée et les « impossibles révisions de la LAMal »

Le processus politique dont le présent travail rend compte, ainsi que les négociations et positionnements qu'il analyse, sont restés focalisés sur la révision du dispositif de l'assurance maladie obligatoire. Le débat sur la couverture des frais de soins de longue durée a été englobé dans le cadre des « impossibles révisions de la LAMal » et y est resté assez largement confiné.

Malgré une volonté affichée de tenter certaines articulations avec des régimes existants dont les frontières posaient d'ores et déjà problème avec l'empan de la LAMal, les tentatives de coordination sont restées très limitées. De fait, il nous semble possible de démontrer que seuls quelques points spécifiques ont été inclus dans la réflexion simplement parce qu'ils avaient déjà fait l'objet d'une jurisprudence. En effet, certains aspects peu clairs de la coordination entre régimes ayant fait l'objet de décisions par les tribunaux, notamment les questions liées à la surindemnisation supposée entre l'allocation pour impotent et le remboursement des frais de soins à domicile par la LAMal (Longchamp 2004, p. 168). La modification du régime d'allocation pour impotent versée aux personnes à domicile, qui introduit une allocation pour impotence faible, ne résout pas les problèmes soulevés par la question de l'indemnisation « à double » ; cette question a fait l'objet d'arrêts du Tribunal fédéral des assurances (TFA) prévoyant des modes de calcul de réduction de la prestation des caisses maladie dans ces cas.

La question du versement direct de l'allocation à l'EMS en cas d'hébergement institutionnel (Despland 2007, p.121) n'est pas non plus réglée par le nouveau dispositif. Les aspects de coordination avec d'autres régimes traités, ou du moins abordés dans l'élaboration de la nouvelle législation, l'ont été pour deux raisons de deux types distincts. Dans l'un des cas, on a profité de l'opportunité d'une révision pour corriger une anomalie, comme dans le cas de la possibilité d'obtenir une allocation pour impotence faible accordée aux rentiers AI et non aux rentiers AVS. Cette « anomalie » n'était certes pas innocente: elle avait trait au budget personnel de rentiers AVS vivant à domicile et ayant besoin de certaines aides au quotidien. L'augmentation des frais à charge des individus pour les soins a sans doute fait pencher la balance vers l'harmonisation des deux régimes (AVS et AI) en la matière, sans par ailleurs régler une autre inégalité, découlant elle des montants prévus par l'assurance accident (Despland 2007, p.119). Enfin, l'inégalité de traitement en matière de montants pour l'allocation d'impotence versée à domicile n'a pas non plus été revisitée. Ainsi, les questions fondamentales concernant l'articulation entre la LAMal et l'Allocation pour Impotent ne sont de loin pas résolues. A ce jour, les modalités de réductions de remboursement des soins de base que les assureurs maladie sont habilités à effectuer lorsqu'une allocation pour impotent est versée pour des personnes à domicile, ne reposent pas sur une base légale adéquate, mais s'appuient exclusivement sur les décisions du TFA mentionnées plus haut.

En ce qui concerne les PC, un problème concernant le sort de propriétaires dont le conjoint est placé a été traité – la présence des propriétaires dans la Communauté d'intérêts Financement des soins ayant certainement eu un impact en la matière. Une certaine protection des conjoints propriétaires – et par conséquent de leurs héritiers futurs – a été prévue. Pour le reste, le débat est resté dans le cadre de la couverture des soins par l'assurance.

6.3.2 Et l'assurance dépendance / « 5^{ème} risque » ?

La question du financement des soins et l'angle d'entrée largement réduit à la réforme de la couverture de certaines prestations par la LAMal a conduit à éluder toute discussion sérieuse sur l'assurance-dépendance. Certes, les dispositifs existants, mis à part celui du Luxembourg qui semble fonctionner avec succès (Kerschen, 2005), posent un certain nombre de problèmes épineux. Pourtant, la question fondamentale – celle de la couverture du risque dépendance par d'autres dispositifs que ceux qui concernent la maladie – devra tôt ou tard être abordée de front, pour deux raisons fondamentales.

D'une part, les décisions prises par le Parlement en juin 2008 sont d'ores et déjà considérées comme partielles, imparfaites et dans certains cas inapplicables. Comme le dit Elsbeth Wandeler lorsque nous lui demandons ce qui devra être retravaillé, sa réponse est parlante : « *presque tout !* ». D'autre part, la consultation sur les ordonnances d'application de la nouvelle législation fait également apparaître de nombreuses « colles ». Les législations cantonales devront être mises à jour et amendées, et ce processus fera sans doute remonter à la surface diverses difficultés. La députée Liliane Maury-Pasquier constate également que le compromis est imparfait et que sa mise en œuvre sera complexe.

Ainsi, non seulement le compromis législatif élaboré peut-il être considéré comme peu adéquat (il l'est en tous cas pour les parlementaires de gauche) mais il doit aussi être vu comme extrêmement partiel et limité. Une approche plus frontale, et plus globale aurait impliqué, comme l'Association Alzheimer l'a déjà demandé à plusieurs reprises, de considérer comment le financement de l'aide et les soins nécessaires à des personnes ayant besoin de l'aide, voire de la présence d'autrui pour vivre dans des conditions décentes, peut être socialement assumé.

Le climat politique perçu comme excluant l'hypothèse de l'introduction de toute nouvelle assurance sociale a permis de balayer d'un revers de main une approche plus large du « problème des soins ». Nous parions que ce n'est que partie remise, et que l'édifice complexe et encore lacunaire de la protection sociale suisse ne pourra pas, à terme, éviter de rediscuter d'un « 5^{ème} risque ».

6.3.3 La voix des usagers, s'est-elle fait entendre ?

La Communauté d'Intérêt Financement des soins incluait des représentants des patients en particulier, et des représentants des personnes âgées en général. En effet, des instances comme l'Organisation suisse des patients mais aussi comme les Liges de la santé, l'Association Alzheimer ou encore le Conseil suisse des Aînés et ses Fédérations constitutives comme la Fédération des Associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES) étaient membres de la Communauté d'intérêts. Il faut cependant reconnaître que malgré l'éventuelle perspective d'un référendum, évoquée par une parlementaire socialiste durant les débats et pour laquelle les organisations de retraités auraient pu fournir une précieuse « armée de réserve », la Communauté d'intérêts s'est essentiellement comportée comme un groupe représentant les fournisseurs de prestations, sans que l'on puisse spécifiquement détecter un discours de défense des usagers mis en avant par les représentants de ces derniers. Ce poids évident des fournisseurs de soins au sein du groupe de pression a rendu la « pureté idéologique » du groupe assez facile à mettre en doute, comme le soulève l'entretien avec Guido Klaus de la caisse maladie CSS.

On peut considérer que l'approche très technique du sujet a sans doute également contribué à obscurcir les enjeux, surtout pour les représentants des patients qui s'en sont remis aux « techniciens » des grandes faitières des prestataires de soins. Enfin, l'absence remarquable de réelles organisations de proches aidants souligne la difficulté qu'ont des groupes directement affectés par les sujets traités à être représentés et à se faire entendre. Dans les pays européens comme l'Angleterre ou la France, des Associations de proches se manifestent

et s'organisent. En Suisse, c'est encore principalement au sein d'Associations sectorielles concernant certaines maladies (Parkinson, Alzheimer etc.) que les proches sont impliqués, ce qui contribue peut-être à leur relatif manque de visibilité.

6.3.4 Le « rideau de rösti »

Les parlementaires et les témoins interrogés évoquent à plusieurs reprises les effets différenciés des décisions prises – soulignant qu'en Suisse alémanique le plafonnement du « self-pay » et les tarifs de contribution pourraient au final améliorer le sort des usagers. Ces derniers sont actuellement soumis, dans les faits, à des contributions propres apparemment plus élevées dues au manque de financement par les cantons de certaines prestations. Ceci peut aussi être dû aux tarifs négociés entre services et assureurs prévoyant des montants plus bas que ceux qui seront fixés dès la mise en œuvre de la nouvelle législation. En Suisse romande au contraire, les cantons devront clairement intervenir pour que la situation des usagers ne se péjore pas. Les chiffres recueillis par l'Office fédéral de la statistique sur le recours aux soins à domicile et sur le placement institutionnel (OFS, documents Actualités OFS, 14 mars 2009 et janvier 2009) montrent clairement des services à domicile éclatés et moins développés en Suisse alémanique et un recours plus fréquent aux institutions d'hébergement dans cette partie du pays.

Les témoignages recueillis, en particulier ceux de Stéphanie Mörkofer et de Christine Egerszegi-Obrist, font état de cette différence et de l'impact qu'elle a eu sur ce qui a été considéré comme « obtainable ». Un résultat peu satisfaisant pour les romands, en tous cas pour les représentants des fournisseurs de prestations et des usagers, a ainsi été vu comme un compromis beaucoup plus acceptable, voire bon, par des acteurs alémaniques. Bien sûr, des voix alémaniques beaucoup plus clairement idéologiques se sont aussi insurgées contre des restrictions du rôle des assureurs – on pense ici en particulier à Christine Goll. Pourtant, la différence de situation vécue sur le terrain a sûrement eu un impact sur le processus.

6.3.5 Et pour la suite – des différences intercantionales qui pourraient encore croître...

Bien entendu, le report de charges sur les cantons qui suivra l'introduction de tarifs fédéraux couplés au plafonnement de la contribution des usagers – même s'il est bienvenu – risque d'accentuer les différences entre cantons. Les cantons fortement impliqués dans le développement des soins à domicile, dans la surveillance et la promotion de la qualité des soins en EMS, dans la mesure où ils disposent de ressources adéquates pour conduire ces politiques et les considèrent toujours comme prioritaires, se distingueront encore plus nettement des cantons moins fortunés, plus axés sur des reports sur la sphère privée et moins interventionnistes. Tout recul de l'implication fédérale – la LAMal fonctionnant en tant que cadre même si elle ne dicte pas la densité des prestations fournies – peut accentuer ces inégalités. Des différences marquées, déjà présentes, pourraient donc s'aggraver, alors que la mobilité des proches et des personnes âgées ou malades elles-mêmes s'accroît tendanciellement et rend ces différences de moins en moins tolérables et compréhensibles. Notons cependant que les différences de politique fiscale entre cantons ont, semble-t-il, toujours également le vent en poupe...

6.3.6 Les soins de transition, un animal bâtard et une durée arbitraire

Si le point fondamental des décisions de juin 2008 a trait au passage de la notion de couverture à la notion de contribution aux frais de soins, il faut pourtant aussi mettre l'accent sur une nouveauté de la loi, les soins de transition comme concept issu d'étranges négociations et résultant d'impasses rapidement atteintes dans les tentatives de définir des distinctions entre soins de traitement et soins de base.

Le concept de soins de transition, qui ne repose sur aucune définition de leur contenu ou de

leur objectif, est basé sur deux éléments : le type de traitement – en l’occurrence hospitalier – auquel ils font suite, et leur durée. La notion elle-même de transition, qui semble faire appel à des modalités de prise en charge particulière, est en fait un mécanisme purement financier reflétant un compromis sur la notion de couverture des soins. Il nous apparaît que de nombreux problèmes sont à prévoir, car les prestataires de ces soins dits de transition sont des structures non-hospitalières auxquelles des modalités de financement différentes pour une période brève devront être appliquées. De plus, on peut même supposer que le système pourrait avoir comme effet pervers une tendance aux réhospitalisations. En effet, le type de couverture plus favorable au patient qui prévaut pour les soins de transition ne peut être déclenché qu’à la sortie de l’hôpital et sur prescription de ce dernier. Les systèmes de monitoring et les processus qualité, vantés par les payeurs comme par les fournisseurs de prestations, devraient empêcher que le mode de financement ne favorise ces phénomènes de « revolving door » ; il n’en reste pas moins que la définition déficiente d’un type de soins couplée à des modalités de financement spécifique suscite des interrogations sur leur utilisation.

6.4 Politique professionnelle

Dans ce dernier volet, nous revenons sur la notion de « soins » et la perception différente d’une définition/absence de définition mentionnée par les acteurs-trices rencontrés lors des entretiens. Sur la base du constat de la reconnaissance partielle des soins nous posons l’enjeu du débat politique sur le financement des soins comme un acte de domination sociale. Cet angle d’analyse pose un certain nombre de questions politiques à la profession infirmière, questions que nous nous permettons d’esquisser.

6.4.1 De la notion de « soins » à celle de « care »

On l’a déjà relevé (cf. Chapitre 5.3), les débats sur lesquels portent notre étude, n’abordent que de manière marginale la définition des soins qu’il s’agirait de prendre en compte dans un financement via l’assurance obligatoire des soins. Très peu d’interventions précisent ce l’on entend ou devrait entendre par « soins ». Nous l’avons vu, pour une partie des personnes rencontrées dans les entretiens menés dans le cadre de cette étude, il n’y a pas pour eux d’absence de définition. La question est presque saugrenue pour Semia Ayoubi de la CDS : « Pour nous, il existe une définition des soins. On est parti de la définition des soins, car elle est bien définie, dans l’article 7, OPAS (RS 832.12.31) ». A l’inverse, la députée Erika Forster-Vannini relève l’absence de définition dans la loi. « Die Langzeitpflege ist im Gesetz über die Differenzierung in der Finanzierung definiert, nicht aber über die Definition. ».⁷⁷ Cette position rejoint celle de la secrétaire générale de l’ASI, Elsbeth Wandeler qui précise que la loi ne définit pas les soins de manière globale, mais détermine des *prestations* au travers « d’une approche de type marchand ».

Une conception sensiblement différente est mise en avant par Guido Klaus, représentant des assureurs-maladie. Pour lui, la définition des soins doit reposer sur la finalité. Est-on en train d’améliorer l’état de santé du patient ou se situe-t-on plutôt dans le cadre de prestations de confort ? Telle est selon lui la question qui devrait être posée pour savoir – et c’est ce qui lui importe en tant qu’assureur maladie – si l’on a affaire à une prestation à charge de la LAMal. Si l’on accompagne une personne de A à B pour l’aider à réapprendre à marcher, il s’agit d’un soin (eine Behandlung) à visée thérapeutique. Si au contraire, on emmène simplement cette personne à la cafétéria, il s’agit d’accompagnement (eine Begleitung) donc d’une prestation qui ne devrait pas être à charge de l’assurance. Cet interlocuteur reconnaît toutefois la

⁷⁷ Notre traduction : les soins de longue durée ne sont définis dans la loi que par la différence dans le financement mais pas par leur définition propre.

difficulté qu'il y a, pour des non-professionnels, à différencier les deux aspects. Il ajoute presque résigné que « *im Politik, spricht man einfach von Pflege. Aber tut man immer wie wenn alles von der Krankenversicherung bezahlt müsse* ». ⁷⁸ Cette réflexion illustre l'épineuse question de la frontière entre conceptions différentes de ce que sont les soins. D'épineuse, cette question devient insoluble lorsqu'elle est doublée d'enjeux financiers et qu'il s'agit de savoir qui doit payer quoi.

Au travers des éléments relevés ici, on retrouve bien deux visions des soins, une vision professionnelle « *von den Pflegenden ausgearbeitet* » ⁷⁹ (Erika Forster-Vannini) et une vision centrée sur les éléments susceptibles d'être financièrement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, voire par d'autres assurances sociales.

Lors de l'entretien qu'elle nous a accordé, Erika Forster-Vannini, déjà citée, nous fournit une définition très complète de la vision professionnelle des soins : « *Und in der Spitex ist die Pflege genau definiert: Die Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schließt auch die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Dabei soll die Pflege der älteren Leuten in guter Qualität, aber auch wirtschaftlich erbracht werden* ». ⁸⁰ Cette conception professionnelle des soins rejoint la notion de « care » empruntée à Lewis par Nicole-Drancourt et Jany-Cantrice (2008), et pour qui le « care » représente « *les activités qui visent à satisfaire les besoins physiques et émotionnels des enfants et des personnes adultes dépendantes* ».

Il faut souligner que les auteures citées plus haut – des chercheuses et non des politiques – lient intrinsèquement cette définition des soins « *aux cadres normatifs, institutionnels et sociaux dans lesquels [ces activités de soins] s'insèrent [...]* ». ⁸¹

Au vu des éléments relevés jusqu'à présent dans notre étude, l'on remarque que la prise en compte des cadres normatifs et sociaux est peu intégrée aux débats ; par contre nous sommes confrontés à une évocation omniprésente des coûts engendrés et de la répartition entre payeurs desdits coûts – coûts découlant de l'action des professionnels. Cette omniprésence a pour conséquence l'occultation manifeste des autres dimensions évoquées. Nous avons vu au fil de notre étude que le discours des professionnels peine à passer, si ce n'est via la Communauté d'intérêts et pour autant qu'il se positionne en faveur des bénéficiaires et évite de s'exprimer en son nom propre.

Davies (reprise par Dallaire, 2008) utilise le terme « *d'ambiguïté culturelle* » pour évoquer la dévalorisation du travail de soins, travail constitué d'activités qui apparaissent triviales alors qu'elles représentent une contribution importante à la vie des personnes. Les mécanismes de dévalorisation d'activités de soutien peu différenciées, doivent être considérés en regard de leur absence du système d'échange marchand et de leur association systématique au sexe féminin.

⁷⁸ Notre traduction : en politique, on parle simplement de « soins ». Et on fait toujours comme si tout devait être payé par l'assurance maladie.

⁷⁹ Notre traduction : élaborée par les soignants.

⁸⁰ Notre traduction : Dans les soins à domicile, les soins sont bien définis. Les soins comprennent l'approvisionnement autonome et les soins fournis en coopération avec des professionnels ou des proches aux personnes de tous âges, aux familles et aux groupes sociaux, que ceux-ci soient en bonne santé ou malades. Dans les soins, on intègre aussi le développement de la santé, la prévention des maladies, ainsi que les soins aux malades, handicapés et personnes en fin de vie. Les soins aux personnes âgées doivent être de qualité et économiques.

⁸¹ Op. cit.

Ceci contraste avec les activités thérapeutiques, associées au monde masculin et à la science médicale, lesquelles sont intégrées aux réflexions économiques sur leur valeur marchande dans une perspective néo-libérale et sont systématiquement prises en compte et survalorisées.

D'une définition politique du problème public comme acte de reconnaissance sociale...

Dans le cadre théorique de l'analyse des politiques publiques, la phase de la définition politique du problème est centrale. C'est le point de démarrage du processus législatif. La manière de poser le problème public déterminera le déroulement du débat politique visant la résolution de celui-ci. Un problème ne devient public que s'il a été mis à l'agenda politique (Knoepfel et al., 2006). Cet auteur pose trois conditions à la définition de la notion de problème public :

- Une demande provenant de groupes sociaux.
- Une controverse ou un débat public.
- Un conflit entre groupes sociaux et les autorités politiques.

Les parlementaires représentant les assureurs maladie et les assureurs eux-mêmes « avaient la main » durant la fin des années nonante en matière de définition du problème politique. Ce constat nous aide à comprendre la difficulté qu'ont eue les représentant-e-s des professionnel-le-s des soins pour faire passer leur vision et leur manière de résoudre le problème public de la définition et de l'intégration des soins dans le système de sécurité sociale suisse.

Dès lors qu'un problème est posé sous un certain angle – c'est l'angle de l'augmentation définie comme exagérée des coûts à charge de l'assurance-maladie, et donc des primes, pour les soins de longue durée qui a prévalu ici – il est manifestement plus facile de chercher à le résoudre à l'intérieur du cadre cognitif où il a été posé.

Il faut pourtant rappeler que la décision prise au début des années nonante d'intégrer les soins dans l'assurance obligatoire de base peut être considérée comme un acte de reconnaissance sociale. C'est en tout cas la manière dont elle a été perçue à l'époque par les professionnel-le-s des soins, qui pour cette raison, se sont prononcé-e-s en faveur de la loi au travers du mot d'ordre lancé à l'époque par l'ASI visant à soutenir la Loi fédérale sur l'assurance maladie soumise au peuple. La mise en cause quasi immédiate de l'intégration de la couverture nous éclaire sur le statut fragile de cette avancée en termes de reconnaissance sociale.

... à un acte de domination

Nous avons systématiquement relevé les éléments suivants analysant les Périodes 0 et I de notre étude, ainsi que dans la période d'élaboration de la Loi fédérale sur l'Assurance maladie (chapitre 5.2) :

- Sous couvert de pragmatisme, une définition des soins infirmiers n'est au final pas retenue dans la loi.
- L'initiative parlementaire Rychen vise une limitation des soins à charge de l'assurance maladie.
- La motion Raggenbass vise une meilleure coordination entre assurances sociales et à mieux cerner les soins devant rester à charge de l'assurance obligatoire des soins.

A chaque fois, on retrouve la même question, déclinée différemment : il s'agit de l'injonction d'instaurer un frein aux dépenses à charge de l'assurance maladie vues comme liées au vieillissement de la population et / ou à la sur-consommation de soins. Le problème public est

ainsi défini dans le débat comme le fameux « Kostenbremse ».⁸² C'est le noyau dur de la réforme sur le financement des soins. Le Conseiller aux Etats Christoffel Brändli l'affirme clairement quand il nous dit : « *Das war schon dass man die Belastung den Krankenkassenprämien in Griff hatte. Man kann nicht einfach Kosten finanzieren. Man muss Limiten entsetzen. Man muss die Heime gut wirtschaftlich zu arbeiten. [...] Es war nicht ein Geschäft dass so eigentlich in der Grund Frage zu kontroversen* ». ⁸³

Si l'on considère les efforts incessants de certains groupes de pression qui, depuis cette époque, ont cherché à maintenir les soins en marge ou à les cantonner à la sphère privée, l'acte de reconnaissance sociale évoqué plus haut doit être vu comme immédiatement couplé à une forme de maintien d'un statut marginal pour les soins. L'intégration dans la loi d'éléments apparemment caractéristiques de la reconnaissance sociale des soins a été immédiatement et constamment suivie de stratégies ayant pour but d'éviter leur intégration pleine et entière.

On pourrait penser que l'intégration des soins dans la LAMal a consisté dans un mécanisme, délibéré ou non, de contrôle de ceux-ci, ce qu'illustre cette citation du sociologue allemand Axel Honneth : « *Les formes de reconnaissance [...] sont précisément celles qui deviennent effectives en tant que moyens de domination sociale parce qu'elles [...] contribuent ainsi à la reproduction des relations de domination établies* » (Honneth, 2006). Ce double mouvement de reconnaissance puis de limitation évoque une dynamique particulière qui a connoté tout le débat sur lequel se penche cette étude en maintenant en permanence les soins dans un statut subalterne par rapport à d'autres prestations à charge de la loi.

Au vu de ces considérations, l'on peut penser que les pistes qui se dessinent aujourd'hui pour la profession infirmière dans le cadre du débat sur les soins de longue durée doivent être débattues selon trois axes principaux. Nous les synthétisons au travers des questions suivantes :

- L'exercice professionnel des soins infirmiers, qui vise à intégrer une prise en charge globale de la personne et qui doit répondre à une demande spécifique de la société en matière de soins de longue durée, est-il compatible avec les mécanismes d'une assurance dite sociale comme la LAMal, dont le financement et les mécanismes de régulation reposent sur des modèles provenant du marché ?
- Les soins prévus par l'assurance obligatoire des soins et décrits comme autant d'actes pouvant être exécutés de manière séquencée, « taylorisée », permettent-ils l'approche globale des personnes telle que la profession infirmière la conçoit ? La subdivision desdits actes et leur répartition entre professionnel-le-s de divers niveaux ne risque-t-elle pas de rendre encore plus aléatoire l'approche globale préconisée ?
- L'action politique conjointe avec d'autres acteurs du champ des soins – acteurs ayant leurs revendications propres – permet-elle aux revendications professionnelles infirmières de se déployer spécifiquement dans le cadre du débat sur les soins de longue durée et, de manière plus globale, dans le débat général sur un renouvellement du système socio-sanitaire ? Dans ce contexte, comment la participation de l'ASI à la Communauté d'Intérêt peut-elle être évaluée ?

La profession infirmières sera-t-elle en mesure de mettre en avant ses propres conceptions de la nature des soins ? Pourra-t-elle dépasser les controverses qui la traversent dans le domaine de la définition des tâches professionnelles et de leur association avec les nouveaux niveaux

⁸² Notre traduction : le frein aux coûts (littéralement).

⁸³ Notre traduction : C'était déjà que l'on ait la maîtrise de la charge des primes d'assurance maladie. On ne peut pas simplement financer des coûts. On doit poser des limites. On doit obliger les homes à travailler correctement du point de vue économique. C'était la chose principale [...]. Ce n'était pas quelque chose de tellement controversé.

de formation ? Les débats actuels sur la politique sanitaire, fréquemment confinés aux aménagements techniques de l'assurance maladie, n'ont pas permis jusqu'ici à la profession de s'inscrire clairement dans l'arène politique avec un positionnement propre. La profession infirmière saura-t-elle poser ses revendications spécifiques et profiter de l'occasion pour proposer ses propres modèles et alternatives ? Le défi est posé aux professionnel·le·s des soins infirmiers.

7. Synthèse des principaux résultats

Dans cette partie, nous présentons les principaux résultats de notre étude, ce qui nous permet de brosser quelques recommandations et pistes possibles de recherches ultérieures.

7.1 Principaux résultats

En regard du projet initial, cette étude a pour ambition d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Comment et par quel-le-s acteurs-trices les soins sont-ils définis dans le cadre de la révision de la LAMal au Parlement ?
- Que révèle la mise en évidence des mécanismes de légitimation des acteurs-trices qui ont participé à l'élaboration de la définition de la notion de 'soins' ?

En réponse à la première question portant sur les acteurs-trices, notre examen des mécanismes de la politique sanitaire fédérale sous l'angle de la révision du financement des soins dans la LAMal, a permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- Les parlementaires, toutes catégories confondues, qui interviennent sur la problématique du financement des soins constituent un groupe relativement restreint de personnes, puisque sur quatre années de débats considérées, seules 53 personnes interviennent (52 parlementaires et un Conseiller fédéral) alors que 246 parlementaires ont leur mot à dire sur les décisions en votation finale.
- Un nombre assez élevé de femmes sont intervenues compte-tenu de la maigre proportion de celles-ci siégeant au Parlement (25.6%). Les 121 interventions féminines étudiées représentent un volume équivalent à 40 % du corpus de discours. En observant les interventions, nous remarquons que la longueur moyenne des interventions féminines est plus importante que la longueur des interventions masculines (180 mots contre 160 mots). Les femmes du Parlement parlent plus que les hommes en ce qui concerne l'objet « financement des soins ».
- Ces femmes interviennent de manière quelque peu différente des hommes. Dans la comparaison entre les mots prononcés par les femmes et ceux prononcés par les hommes, les différences constatées sont de plusieurs ordres : non seulement le nombre d'apparitions des termes prononcés diffère, mais également la position relative des termes les uns en regard des autres, ce qu'a démontré l'analyse lexicale. Les discours des femmes sont plus centrés sur les problèmes rencontrés par les personnes alors que les hommes ont un discours plus orienté sur les aspects organisationnels.
- Les parlementaires spécialisé-e-s de la question du financement des soins s'investissent dans le dossier dans la mesure où ils ont un lien d'intérêt plus ou moins formalisé avec des groupes de pression concernés par la problématique traitée (caisses maladie et prestataires de soins pour l'essentiel).

En ce qui concerne la seconde question, qui porte sur les mécanismes de légitimation, les éléments suivants ressortent de notre étude :

- Les décisions prises ont une base essentiellement idéologique. La répartition des forces en présence, ainsi que les liens unissant celles-ci avec certains groupes de pression particulièrement puissants, ont pour effet une prise en compte limitée des problèmes mis en évidence par les études en matière de soins de longue durée et de prise en charge du vieillissement.

- Deux types de discours coexistent : un discours plutôt masculin et centré sur les aspects financiers et organisationnels d'une part, un discours plutôt féminin centré sur les personnes et les besoins de celles-ci d'autre part. Il semble plus facile de prendre des décisions ayant pour effet des restrictions financières lorsque la réalité des personnes n'est considérée que de loin et que les responsabilités relatives à l'organisation du système sont l'objet principal de la réforme. Une vision plus proche des personnes impose de répondre aux besoins concrets mis en évidence. Nous considérons que l'intégration dans la loi du plafonnement de la contribution des patients ainsi que l'introduction de la notion de soins de transition résultent de la prise en compte, même très limitée, des préoccupations exprimées dans le discours plutôt féminin.
- La polarisation constatée dans le discours sur la politique de santé mène à des affrontements entre les forces en présence, qui se rejettent la responsabilité des charges financières à assumer. Le débat semble dès lors bloqué.
- Les acteurs·trices invoquent régulièrement dans leur argumentation le caractère insupportable de l'augmentation des primes.
- Les bénéficiaires de soins et leurs proches sont les grands absents des débats.
- Dans l'argumentation au profit d'une meilleure prise en compte des soins, seule celle reposant sur l'expérience propre des parlementaires semble acceptable, recevable, voire difficile à contrer par les tenants des assureurs maladie. L'argumentation des professionnel·le·s des soins est perçue comme corporatiste, donc peu crédible.
- Les décisions prises au final représentent un bricolage législatif. Le texte adopté pose de nombreuses difficultés de mise en œuvre et ne résout que le problème du niveau de la contribution des assureurs maladie à la couverture des soins. Ce bricolage législatif a pour conséquence de repousser des décisions que le politique devra, de toute manière, prendre à moyen terme en matière de financement des soins de longue durée.

Les décisions prises auront à être concrétisées au niveau d'une mise en œuvre cantonale. Dans cette perspective, les cantons auront à assurer le financement résiduel des soins dont ils auront la charge. De plus, la question des soins de transition n'est pas vraiment réglée. Enfin, les effets globaux des décisions prises sont difficiles à estimer, que ce soit en termes d'impacts financiers ou en termes de réponses adéquates aux besoins en soins.

Le schéma de la figure 19 à la page suivante illustre la dynamique du processus que nous avons analysé. Deux groupes de pression jouent un rôle important dans les débats : les assureurs maladie et la communauté d'intérêts. A notre avis, les intérêts directs des bénéficiaires potentiels et de leurs proches sont peu présents malgré leur intégration formelle dans la Communauté d'intérêts par le biais d'organisations représentatives. Les parlementaires spécialistes de la révision sur le financement des soins, qui sont fréquemment membres de la Commission spécialisés sécurité sociale et santé de leurs Conseils, jouent un rôle important dans le processus législatif.

Le collectif des parlementaires spécialistes, dont la composition est plus féminisée que l'entier du Plénum, a assuré la visibilité des revendications de la Communauté d'intérêts. Celles-ci n'ont cependant pas été systématiquement acceptées en commission, ni même relayées en Plénum. Un certain nombre d'aspects de ces revendications ont néanmoins été prises en compte. Ces compromis, si restreints soient-ils, ont sans doute pour effet de complexifier le dispositif législatif. La mise en œuvre du texte adopté, au vu du bricolage législatif évoqué plus haut, sera particulièrement difficile.

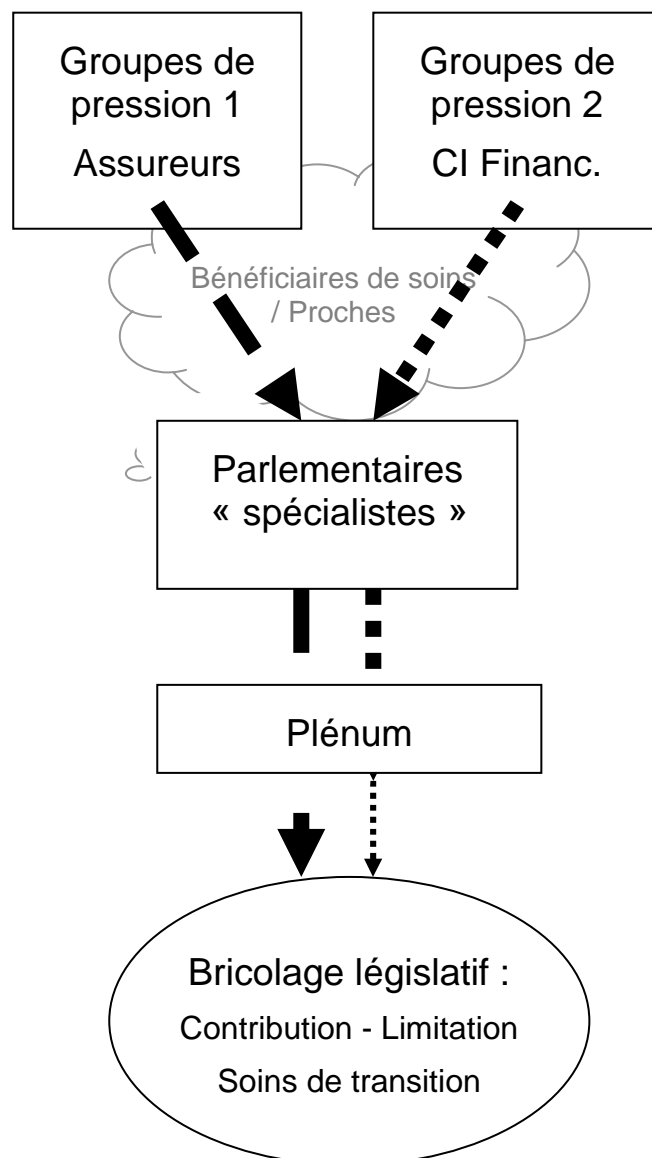


Figure 19 – Schéma du processus politique de la révision du financement des soins

7.2 Recommandations

Nous l'avons relevé à plusieurs reprises : la législation adoptée au terme des débats représente le fruit d'un compromis largement vu comme peu satisfaisant. Les questions suscitées par les décisions prises sont nombreuses parmi les acteurs et actrices de tous bords qui ont participé au débat politique. Le scepticisme sur les possibilités réelles de mise en œuvre prévaut.

Nous considérons qu'il sera indispensable, dans un avenir proche, de revenir sur les décisions prises et d'aborder de front les éléments suivants :

- La reconnaissance explicite de la place des professionnel·le·s des soins dans les dispositifs de sécurité sociale concernant le domaine des soins de longue durée.

- La reconnaissance explicite de la place des proches aidant-e-s dans les dispositifs de sécurité sociale concernant le domaine des soins de longue durée.
- La reconnaissance explicite du soutien professionnel à fournir aux proches aidant-e-s.
- La prise en charge de la dépendance en tant que risque spécifique par le système de sécurité sociale (assurance dépendance).

Dans l'immédiat et en regard des décisions adoptées et de leurs probables conséquences, nous considérons qu'il sera indispensable de conduire les tâches suivantes :

- Assurer un suivi de la mise en application des dispositifs prévus afin d'identifier l'apparition ou l'aggravation de disparités régionales (évaluation).
- Assurer la coordination des réaménagements législatifs dans les cantons afin de garantir la meilleure convergence possible entre la législation fédérale et les lois cantonales (suivi de gestion strict).

7.3 Perspectives ultérieures de recherches

Nos réflexions nous conduisent à proposer des pistes de recherche dans les trois grands domaines suivants :

- L'étude et l'analyse des disparités régionales, dans la perspective d'assurer une meilleure équité de l'accès des bénéficiaires aux prestations publiques en matière de soins de longue durée.
- L'étude des soins fournis par les proches aidant-e-s et leur articulation avec les soins fournis par les professionnel-le-s.
- L'étude de l'incidence qu'une recherche centrée sur un débat politique a eue ou aura sur les décisions prises, en convergence avec des travaux de ce type qui sont en cours à l'Université de Laval (Canada).

8. En guise de conclusion

Au terme de cette étude, nous relevons l'intérêt que nous avons eu à chercher à comprendre certains mécanismes qui font la politique sanitaire en Suisse. Bien qu'ayant occasionné un intense travail d'investigations, cette étude reste partielle. Au vu du corpus important sur lequel nous avons travaillé, nos analyses ont porté sur les éléments nous paraissant les plus importants au fil de nos découvertes. D'autres investigations, voire d'autres portes, pourraient encore être poussées pour poursuivre l'analyse dans d'autres directions. De plus, les éléments qui ont pu être mis en évidence ne représentent qu'une partie des débats qui se jouent sous la coupole fédérale. Une autre partie des échanges se situe soit dans les commissions – et là les réflexions sont confidentielles – soit dans les couloirs du Parlement ou dans d'autres cénacles. Là, nos investigations sont restées limitées et les éléments récoltés sont rapportés donc de deuxième main.

Il n'en reste pas moins que ce travail est original dans la mesure où, à notre connaissance, aucune autre recherche ne s'est penchée jusqu'à présent en Suisse sur un mécanisme de révision législatif portant exclusivement sur les soins. Dans ce sens, il représente un premier pas vers la mise au jour d'une part importante – à notre sens, comme au sens des professionnel·le·s des soins – d'une partie du débat politique sur le système de sécurité sociale. Il participe donc de fait au débat démocratique. Nous saluons le fait que la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) puisse apporter une modeste pierre à l'édifice de la politique sanitaire en élaboration dans ce pays, et joue ainsi pleinement son rôle de Haute Ecole en lien avec le champ professionnel.

Nous nous réjouissons d'ores et déjà du regard et des commentaires que ce travail suscitera dans les milieux professionnels, de la formation et de la recherche. Nous attendons avec intérêt la confrontation de ces résultats avec les travaux d'autres équipes de recherche. Que chacune et chacun qui prendra connaissance de ces lignes n'hésite pas à nous communiquer ses réactions, perceptions ainsi que le fruit de ses propres analyses.

9. Références bibliographiques

9.1.1 Ouvrages

BOUSSAGUET, Laurie, Dictionnaire des politiques publiques, Paris : Editions des presses de la fondation nationale de sciences politiques, 2006 (2^{ème} édition).

CRESSON, Geneviève, Le travail domestique de santé, Editions l'Harmattan, 1995.

DALLAIRE, Clémence, Le sens politique en soins infirmiers, in Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives, Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin éditeur, 2002, pp. 199 – 224.

DALLAIRE, Clémence, L'action politique : une stratégie pour l'engagement professionnel, in DALLAIRE, Clémence (dir.) Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession, Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 2008, pp. 455-480.

DESPLAND, Béatrice et al., Soins de longue durée, soins de dépendance – Contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal, Neuchâtel : Institut de droit de la santé, Genève : Georg Editeur, 2004.

GERMANN, Raimund E., Administration publique en Suisse – L'appareil étatique et le gouvernement, Berne : Editions Paul Haupt, 1996.

GORDON, Suzanne, Nursing against the odds – How health care cost cutting, media stereotypes, and medical Hubris undermine nurses and patient care, New York : Cornell University Press, 2005.

GORDON, Suzanne, Der Pflege eine Stimme geben – Was Pflegenden wie öffentlich kommunizieren müssen, Verlag Hans Huber, 2006.

HÖPFLINGER, François et HUGENTOBLE, Valérie, Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse : prévisions et scénarios pour le 21^e siècle, Chênes-Bourg (Genève) : Editions Médecine & Hygiène, 2003.

HÖPFLINGER, François et HUGENTOBLE, Valérie, Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse : Observations et perspectives, Chênes-Bourg (Genève) : Editions Médecine & Hygiène, 2006.

JACCARD RUEDIN, Hélène et al., Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, 2006.

JACCARD RUEDIN, Hélène et al., Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile – Prévisions à l'horizon 2030, Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé et IRENE, 2006

HONNETH, Axel, La société du mépris – Vers une nouvelles Théorie critique, Paris : Editions La Découverte, 2006.

JOBIN, Claire, Entre les activités professionnelle et domestique : La discrimination sexuelle, Lausanne : Editions d'En Bas, 1995.

KERGOAT, Danièle (Dir.), Les infirmières et leur coordination 1988 – 1989, Paris : Editions Lamarre, 1992.

KNOEPFEL, Peter, LARRUE, Corinne et VARONE, Frédéric, Analyse et pilotage des politiques publiques, Zürich : Verlag Rüegger, 2006 (2001).

LONGCHAMP, Guy Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale en case de séjour à l'hôpital, en établissement médico-social et/ou en cas de soins à domicile, Berne : Editions Stämpfli, 2004.

MONNIER, Eric et al., Evaluer les programmes socio-économiques- Conception et conduite d'une évaluation, Programme MEANS 1997-1998 Volume 1, Paris, Commission européenne DG XVI/G2 Editeur, 1998.

MAROLF, Rosemarie (rédactrice en chef), *Dossier « Financement des soins »*, in Sécurité sociale CHSS 5/2005, Berne : Office fédéral des assurances sociales, 2005.

PARINI, Lorena, Le système de genre : Introduction aux concepts et théories, Zürich : Editions Seismo, 2006.

SCHMID, Hans, SOUSA-POZA, Alfonso, WIDMER, Rolf, Évaluation monétaire du travail non rémunéré – Une analyse empirique pour la Suisse basée sur l'enquête suisse sur la population active, Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, 2002.

TRONTO, Joan, Un monde vulnérable – pour une politique du care, Paris : Editions La Découverte, 2009.

9.1.2 Rapports

ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS, ASSOCIATION SUISSE DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE, CURAVIVA – ASSOCIATION DES HOMES ET DES INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES, H+ HÔPITAUX SUISSES, Financement des soins – Point de vue conjoints des fournisseurs de prestations, Bernet et Zürich, 06.04.2004.

CHAVES, Gabriela, Etude sur l'image que la profession « Infirmière » a d'elle même, Lausanne : étude menée pour le Service de la santé de l'Etat de Vaud, juin 2005.

DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, *Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus*, in Etudes et résultats n°108, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité éditeur, 2001.

GISSEROT, Hélène, Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : Prévisions et marges de choix, Paris : Rapport demandé par le Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, mars 2007.

ITEN, Rolf, HAMMER, Stephan, Finanzierung des Pflege – Grundlagen zur 3. KVG Revision – Teilprojekt, Berne : Office fédéral de la santé publique, février 2004.

ITEN, Rolf, TRAGESER, Judith et VETTORI, Anna, Pflegefinanzierung : ermittlung des Pflegekosten, Berne : Office fédéral de la santé publique / INFRAS, février 2007.

KERSCHEN, Nicole, Soins de longue durée pour personnes âgées, Luxembourg : Rapport pour la Conférence européenne „Soins de longue durée pour personnes âgées“ organisée par la Présidence luxembourgeoise en collaboration avec le Comité de Protection sociale de l'Union européenne, avril 2005.

WÄCHTER, Matthias, STUTZ, Heidi, Neuregelung der Pflegefinanzierung - Schlussbericht im Auftrag der Bundeshausfraktion SP Schweiz, Bern : Buro BASS, février 2007.

9.1.3 Articles

BONNAFOUS, Simone, « *Femme politique* » : *une question de genre ?*, in Réseaux 2003/4, n° 120, p. 119-145.

BERGERON, Henri, SUREL, Yves et VALLUY, Jérôme, *L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ?*, in Politix – Revue des sciences sociales du politique, 1998, Vol. 11, N°41, pp. 195 – 223.

Mis à disposition par le Ministère (français) de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Direction de l'enseignement supérieur, sous-direction des bibliothèques et de la documentation sous <http://www.persee.fr> (page consultée le 20 novembre 2008).

BRAUN, Dietmar et UHLMANN, Björn, *Ideas and power in swiss health care party politics*, in Political Science Working Paper Series N°33, Université de Lausanne, Institut d'Etudes Politiques et Internationales, 2007.

CARRASCO, Cristina, *Les coûts invisibles des soins et du travail des femmes*, in Nouvelles Questions Féministes vol. 26 N°2, Lausanne : Université de Lausanne – ISCM – LIEGE éditeur, 2007, pp. 31-44.

CRESSON, Geneviève, *Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes*, in Aïach, Pierre (Dir.), Femmes et hommes dans le champ de la santé – Approches sociologiques, Rennes : Editions ENSP, 2001, pp. 303-328.

CRESSON, Geneviève, *Entre famille et métier : le travail du care*, in Nouvelles Questions Féministes vol. 23 N°3, Lausanne : Université de Lausanne – ISCM – LIEGE éditeur, 2006, pp. 26-41.

DAVIES, Celia, *Political leadership and the politics of nursing*, in Journal of Nursing Management n°12, Blackwell éditeur, 2004, pp. 235-241.

DESPLAND, Béatrice, *La prise en charge des soins de longue durée dans l'assurance-maladie (LAMal)* in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale, série Autres Etudes n°40, 2008, pp 113-127.

DESPLAND, Béatrice, *Assurances sociales en révision : Quels effets pervers ? Pour qui ?*, in Dossiers de l'Artias, janvier 2009 sous <http://www.artias.ch> (page consultée le 2 février 2009).

DEVREUX, Anne-Marie, *Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé ?*, in Aïach, Pierre (Dir.), Femmes et hommes dans le champ de la santé – Approches sociologiques, Rennes : Editions ENSP, 2001, pp. 97-116.

FLETCHER, Karen, *Image : changing how women nurses think about themselves. Literature review*, in Journal of Advanced Nursing, Volume 58, Issue 3, mai 2007, pp. 207-215.

FUHRER, Bruno, *Enquête sur le coût des soins*, in Sécurité sociale CHSS 1/2008, Berne : Office fédéral des assurances sociales, 2008, pp. 57-59.

KRIEG-PLANQUE, Alice, « *Formules* » et « *lieux discursifs* » : *Propositions pour l'analyse du discours politique*, in Semen 21-2006, entretien réalisé par Philippe Schepens, <http://semen.revues.org/document1938.html> (page consultée en septembre 2008).

MACH, André et PILOTTI, Andrea, *Elites parlementaires suisses au cours de la période récente (1980-2000) : une professionnalisation contestée et inachevée*, Communication au Colloque international «Les partis suisses: permanence et mutations», Bellinzone, Palazzo Frascini, 30.11-1.12.2007

MAYAFFRE, Damon, *Dire son identité politique*, Cahiers de la Méditerranée, vol 66, mis en ligne le 21 juillet 2005, URL : <http://revel.unice.fr/cmedi/document.html?id=119> (page consultée en novembre 2008).

MASLIN-PROTHERO, Slan et MASTERSON, Abigail, *Power, Politics and Nursing in the United Kingdom*, in Policy, Politics & Practice Vol 3 N°2, May 2002, pp 108-117. <http://ppn.sagepub.com> (page consultée en novembre 2008)

NICOLE-DRANCOURT, Chantal et JANY-CATRICE, Florence, *Le statut du care dans les sociétés capitalistes. Introduction*, in Revue Française de Socio-économie, 2008/2, pp. 7 – 11.

SABATIER, Paul A., SCHLAGER, Edella, *Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines*, in Revue française de science politique, Volume 50, numéro 2,

2000, pp. 209-234.

Mis à disposition par le Ministère (français) de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Direction de l'enseignement supérieur, sous-direction des bibliothèques et de la documentation sous <http://www.persee.fr> (page consultée le 20 novembre 2008).

SEURET, FRANCK, *Dépendance : Le défi financier*, in Alternatives économiques n°258, Dijon : Scop-SA Alternatives Economiques éditeur, mai 2007, pp. 44-47.

TRONTO, Joan C., *An ethic of care*, in Generations 22, no. 3, (Fall98 1998 15) *Health Source: Nursing/Academic Edition*, EBSCOhost (page consultée le 16 avril 2009).

VAN DIJK, Teun, *Politique, Idéologie et Discours*, in Semen 21-2006, <http://semen.revues.org/document1938.html> (page consultée en septembre 2008).

WANDELER, Elsbeth, *Financement des soins : l'adieu à la solidarité*, in Soins infirmiers 11/2006, Berne : Association suisse des infirmières et infirmiers, pp. 52-53.

9.1.4 Méthodologie

CIBOIS, Philippe, *Principe de l'analyse factorielle*, version novembre 2006.

<http://pagesperso-orange.fr/cibois/PrincipeAnalyseFactorielle.pdf> (page consultée en février 2009)

CIBOIS, Philippe, Les méthodes d'analyse d'enquêtes, Paris : Presses Universitaires de France Que sais-je ? N°3782, 2007.

KAUFMANN, Jean-Claude, L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif, Paris : Armand Colin éditeur, 2007 (2^{ème} édition).

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-MCGRATH, Joanne, Méthodes de recherche en sciences infirmières – Approches quantitatives et qualitatives, Saint-laurent (Québec) : Editions du Renouveau pédagogique, 2007.

PAILLÉ, Pierre et MUCCHIELLI, Alex, L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris : Armand Colin éditeur, 2005.

9.1.5 Textes législatifs

Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20).

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

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102).

Ordonnance fédérale du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance des soins (OPAS, 832.12.31).

Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS, RS 831.10).

9.1.6 Internet

Site de l'Office fédéral de la statistique, Les femmes et les élections – Confédération

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/17/02/blank/key/frauen_und_politik/bund.html (page consultée en octobre 2008).

9.2 Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
BAG	(Allemand) Office fédéral de la santé publique
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la sante
CI	Communauté d'intérêts Financement des soins
CSSS	Commission fédérale de la sécurité sociale et de la santé
CSSS-CE	Commission fédérale de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national
CSSS-CN	Commission fédérale de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats
CURAVIVA	Association des homes et institutions sociales suisses
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EMS	Etablissement médico-social
H+	Les Hôpitaux de Suisse
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
IG Pflege	(Allemand) Communauté d'intérêts Financement des soins
KVG	(Allemand) Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10)
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (RS 831.10)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance fédérale sur les prestations dans l'assurance des soins (832.12.31)

PDC	Parti démocrate chrétien
PRD	Parti radical démocratique
PS	Parti socialiste
SBK	(Allemand) Association suisse des infirmières et infirmiers
SGK	(Allemand) Commission fédérale de la sécurité sociale et de la santé
Spitex	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
TFA	Tribunal fédéral des assurances
UDC	Union démocratique du centre

9.3 Liste des tableaux

Tableau 1 – Périodes des débats et type d'analyse	17
Tableau 2 – Liste des variables parlementaires.....	19
Tableau 3 – Liste des variables de l'analyse de contenu.....	22
Tableau 4 – Profils des parlementaires selon le sexe.....	25
Tableau 5 – Interventions des parlementaires selon le sexe.....	25
Tableau 6 – Profils des parlementaires par classe d'âge	25
Tableau 7 – Interventions des parlementaires selon l'âge.....	26
Tableau 8 – Profils des parlementaires selon le groupe politique	26
Tableau 9 – Profils des parlementaires selon l'orientation politique	26
Tableau 10 – Interventions des parlementaires selon l'orientation politique	27
Tableau 11 – Interventions des parlementaires selon le groupe politique et hors Conseil fédéral	27
Tableau 12 – Interventions des parlementaires selon l'orientation politique regroupée.....	27
Tableau 13 – Profils des parlementaires selon le canton	28
Tableau 14 – Interventions des parlementaires selon le canton et hors Conseil fédéral	29
Tableau 15 – Profils des parlementaires intervenants selon l'appartenance linguistique	29
Tableau 16 – Interventions des parlementaires selon l'appartenance linguistique.....	30
Tableau 17 – Profils des parlementaires selon la législature d'entrée au Parlement.....	30
Tableau 18 – Profils des parlementaires selon la fonction occupée en dernier.....	31
Tableau 19 – Interventions des parlementaires selon la fonction occupée en dernier.....	31
Tableau 20 – Profils des parlementaires selon le niveau de formation	32
Tableau 21 – Interventions des parlementaires selon le niveau de formation.....	32
Tableau 22 – Profils des parlementaires selon le statut professionnel.....	32
Tableau 23 – Interventions des parlementaires selon le statut professionnel	33
Tableau 24 – Profils des parlementaires selon le secteur d'activité	33
Tableau 25 – Profils des parlementaires selon le secteur d'activité détaillé.....	33
Tableau 26 – Interventions des parlementaires selon le secteur d'activité détaillé	34
Tableau 27 – Profils des parlementaires selon les groupes d'intérêts.....	35
Tableau 28 – Profils des parlementaires en fonction du nombre d'affiliations aux groupes d'intérêts	36
Tableau 29 – Longueur des interventions selon les membres des groupes d'intérêts	37
Tableau 30 – Profils des parlementaires selon le sexe et la chambre.....	38
Tableau 31 – Interventions des parlementaires selon le sexe et la chambre.....	38
Tableau 32 – Profils des parlementaires selon le sexe et le groupe politique.....	39
Tableau 33 – Profils des parlementaires selon l'orientation politique	39
Tableau 34 – Interventions selon l'orientation et le sexe (comparaison selon l'orientation)	39
Tableau 35 – Interventions selon l'orientation et le sexe (comparaison selon le sexe).....	40
Tableau 36 – Profils des parlementaires selon le sexe et l'appartenance linguistique.....	40
Tableau 37 – Interventions des parlementaires selon le sexe et l'appartenance linguistique (comparaison selon le sexe).....	40
Tableau 38 – Interventions des parlementaires selon le sexe et l'appartenance linguistique (comparaison selon l'appartenance linguistique)	41
Tableau 39 – Profils des parlementaires selon le sexe et le secteur d'activité.....	41
Tableau 40 – Profils des parlementaires selon le sexe et le domaine d'activité tertiaire.....	41
Tableau 41 – Interventions des parlementaires selon le sexe et le domaine d'activité tertiaire	42
Tableau 42 – Groupes d'intérêts selon le sexe et le domaine d'activité	42
Tableau 43 – Profils des parlementaires selon le sexe et les groupes d'intérêts	43
Tableau 44 – Interventions des parlementaires selon le sexe et les groupes d'intérêts.....	43
Tableau 45 – Profils des parlementaires selon l'orientation politique et la chambre	44
Tableau 46 – Profils des parlementaires selon le parti et la chambre	44
Tableau 47 – Interventions des parlementaires selon le parti et la chambre.....	45
Tableau 48 – Profils des parlementaires selon le parti et les groupes d'intérêts.....	46
Tableau 49 – Votes du Conseil national pour la Période II (05.025)	63
Tableau 50 – Liste des mots pertinents et leur nombre d'occurrences avec / sans protocole	70
Tableau 51 – Rang des termes 'santé' et 'maladie' selon la variable « Sexe » et Indice de spéc.....	73
Tableau 52 – Rang des termes 'soins' et 'coûts' selon la variable « Sexe » et Indice de spéc.	73
Tableau 53 – Rang des termes 'LAMal', 'Krankenversicherung', 'solution' et 'système' selon la variable «	

Sexe » et Indice de spécificité	73
Tableau 54 – Indice de spécificité – Mots pertinents x variable « Sexe » – Hors protocole	74
Tableau 55 – Test d'indépendance chi2 – Analyse factorielle des correspondances	76
Tableau 56 – Bilan par contexte – variable « Groupe » – Hors protocole	77
Tableau 57 – Recouvrement des corpus – Variable « Groupe » – Hors protocole	77
Tableau 58 – Indice de spécificité – Mots pertinents x variable « Groupe » – Hors protocole	79
Tableau 59 – Test de validité Mots pertinents x variable « Groupes »	81
Tableau 60 – Bilan lexical – Variable « Appartenance linguistique » – Hors protocole	81
Tableau 61 – Recouvrement des corpus – Variable « Appartenance linguistique »	82
Tableau 62 – Indice de spécificité – Mots pertinents x variable « Appartenance linguistique »	83
Tableau 63 – Test statistique – Mots pertinents x Variable « Appartenance linguistique »	84
Tableau 64 – Bilan par contexte – Variable « Groupes d'intérêts »	86
Tableau 65 – Indice de spécificité – Mots pertinents x Variable « Groupes d'intérêts » – Hors protocole	87
Tableau 66 – Test statistique – Mots pertinents x Variable « Groupes d'intérêts » – Hors protocole	91
Tableau 67 – Bilan par contexte - Variable « Chambre » (hors protocole)	92
Tableau 68 – Test statistique – mots pertinents x variable « Chambre » – Hors protocole	93
Tableau 69 – Environnement du mot 'soins' x sexe	96
Tableau 70 – Indice de spécificité du mot "système" dans certaines sous-catégories (sexe, groupe, langue)	103
Tableau 71 – Analyse de contenu – Nature des soins	106
Tableau 72 – Analyse de contenu – Définition des soins	107
Tableau 73 – Analyse de contenu – Acteurs mentionnés	107
Tableau 74 – Analyse de contenu – Référentiel	107
Tableau 75 – Analyse de contenu – Référentiel / Détail idéologie	108
Tableau 76 – Analyse de contenu – Idéologie x Sexe	108
Tableau 77 – Analyse de contenu – Intérêts des acteurs x Sexe	109
Tableau 78 – Analyse de contenu – Définition des soins x Sexe	109
Tableau 79 – Analyse de contenu – Groupe politique x Définition des soins	110
Tableau 80 – Analyse de contenu – Groupes politiques x Acteurs mentionnés	111
Tableau 81 – Analyse de contenu – Groupe politique x Idéologie	111
Tableau 82 – Analyse de contenu – Chambre x Idéologie	112
Tableau 83 – Analyse de contenu – Tranche d'âge x Idéologie	112
Tableau 84 – Analyse de contenu – Période x Acteurs	113
Tableau 85 – Analyse de contenu – Période x Idéologie	113
Tableau 86 – Domaine d'activité x Intérêts acteurs	114
Tableau 87 – Domaine d'activité x Idéologie	114
Tableau 88 – Analyse de contenu – Groupes d'intérêts x Idéologie	116
Tableau 89 – Analyse de contenu – Idéologie x Référence aux acteurs	117
Tableau 90 – Analyse de contenu – Idéologie x Définition des soins	117

9.4 Liste des figures

Figure 1 – Interventions des parlementaires selon le parti et les groupes d'intérêts	47
Figure 2 – Analyse factorielle des correspondances entre quelques termes et la variable « Sexe » (avec protocole).....	75
Figure 3 – Analyse factorielle des correspondances - Mots pertinents x 'Groupes' – Hors protocole.....	80
Figure 4 – Analyse factorielle des correspondances – Mots pertinents x variable « Appartenance linguistique » – Hors protocole	84
Figure 5 – Analyse factorielle des correspondances – Variable « Groupes d'intérêts » – Hors protocole	89
Figure 6 – Analyse factorielle des correspondances – Variable « Groupes d'intérêts » (points non proportionnels aux effectifs) – Hors protocole.....	90
Figure 7 – Analyse factorielle des correspondances – Mots spécifiques x variable « Chambre » – Hors protocole.....	92
Figure 8 – Environnement du mot 'soins' x sexe	96
Figure 9 – Environnement du mot "Coûts" Périodes I et II.....	98
Figure 10 – Environnement du mot "Coûts" Période I	98
Figure 11 – Environnement du mot "coûts" Période II	99
Figure 12 – Occurrences du mot "système" (Chiffres absolus)	100
Figure 13 – Occurrence du mot "système" sans P. Couchepin et selon la langue.....	100
Figure 14 – Occurrences du mot "système" sans P. Couchepin et selon le sexe	101
Figure 15 – Occurrences du mot "système" par groupes politiques	102
Figure 16 – Nombre d'interventions avec le mot "Système" par groupes politiques	102
Figure 17 – Recours au mot "solutions" selon le sexe et le groupe politique	104
Figure 18 – Sociogramme des acteurs·trices.....	132
Figure 19 – Schéma du processus politique de la révision du financement des soins.....	157

9.5 Index thématique

- Adaptation des contributions, 60
- AI, 16, 57, 58, 66, 147
- Allocation pour impotence, 56
- analyse des politiques publiques, 5, 10, 133, 151
- analyse factorielle des correspondances, 74, 75, 78, 79, 81, 83
- analyse lexicale, 5, 8, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 69, 70, 80, 82, 93, 95, 105, 154, 171, 173
- ASI, 131, 133, 137, 138, 140, 142, 143, 144, 150, 152, 153, 163, 183, 188
- assurance obligatoire des soins, 1, 3, 7, 9, 10, 13, 14, 49, 68, 138, 144, 150, 152, 153
- assurance-maladie, 1, 5, 7, 9, 16, 17, 51, 55, 56, 57, 58, 67, 118, 120, 127, 137, 139, 152, 159, 161, 162, 163, 171
- assurances sociales, 9, 10, 13, 14, 57, 68, 127, 133, 140, 143, 144, 145, 146, 150, 152, 160, 161, 163, 172
- assureurs maladie, 7, 9, 42, 43, 53, 127, 131, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 147, 151, 155
- AVS, 16, 57, 58, 66, 147
- bricolage, 5, 155
- caisses-maladie, 5, 10, 13, 187
- cantons, 5, 13, 18, 27, 50, 52, 55, 56, 58, 60, 61, 65, 68, 69, 70, 72, 74, 75, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 94, 97, 126, 127, 130, 134, 136, 137, 138, 140, 144, 148, 149, 155, 157, 183, 184, 185, 186, 187
- CDS, 127, 136, 140, 143, 150, 163, 183, 184, 185, 187
- comité scientifique, 6, 171, 172
- commission, 53, 54, 55, 57, 61, 69, 72, 76, 81, 86, 104, 120, 121, 123, 125, 134, 135, 136, 142, 145, 146, 155, 173, 181, 187
- Communauté d'intérêts, 130, 131, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 147, 148, 151, 155, 163, 171, 188
- compromis, 4, 5, 7, 22, 61, 134, 138, 139, 148, 149, 155, 156, 181, 183
- conciliation, 60, 62
- conférence de conciliation, 61, 62, 134
- connaissance, 122, 124, 134, 136, 158, 184
- Conseil des Etats, 10, 18, 30, 31, 38, 44, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 92, 112, 119, 121, 122, 124, 126, 134, 136, 142, 143, 163, 187
- Conseil fédéral, 9, 16, 18, 24, 27, 29, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 68, 69, 71, 72, 118, 119, 121, 122, 123, 126, 141, 165, 171
- Conseil national, 16, 18, 30, 31, 38, 44, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 92, 95, 112, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 134, 142, 143, 163, 165, 171
- Conseiller fédéral, 3, 10, 22, 24, 27, 30, 34, 61, 99, 101, 102, 104, 118, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 154, 171
- contribution, 21, 59, 60, 61, 67, 68, 70, 71, 74, 75, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 94, 128, 137, 140, 142, 148, 149, 151, 155, 160, 172, 183
- corpus, 3, 8, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 30, 33, 37, 38, 52, 69, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 84, 85, 86, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 102, 103, 104, 106, 125, 134, 146, 154, 158, 166
- coûts, 9, 10, 12, 13, 16, 21, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 59, 60, 61, 62, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 97, 99, 105, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 136, 137, 139, 145, 151, 152, 161, 165, 167, 171, 183, 184, 185, 186, 187
- CSSS, 18, 30, 48, 50, 57, 58, 59, 61, 62, 120, 121, 146, 163, 184, 185, 186, 187
- Curaviva, 131, 136, 138, 140, 141, 142, 144, 160, 183, 184

- débats parlementaires, 5, 16, 20
- Démocrates-Chrétiens, 26, 38, 44, 45, 53, 54, 58, 61, 63, 76, 77, 78, 80, 94, 103, 104, 109, 110
- dépendance, 4, 5, 12, 13, 50, 51, 54, 58, 62, 65, 75, 76, 81, 84, 91, 93, 145, 147, 157, 159, 160
- discours, 3, 8, 12, 15, 17, 21, 22, 24, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 89, 94, 95, 97, 104, 105, 106, 107, 108, 112, 115, 118, 121, 122, 123, 125, 126, 128, 129, 133, 134, 135, 144, 148, 151, 154, 155, 161, 182, 187
- EMS, 5, 13, 49, 50, 55, 82, 120, 122, 126, 139, 140, 144, 145, 147, 149, 163, 183
- Extrême gauche, 18, 26, 52, 76, 77, 78, 79, 93, 94, 110
- femmes, 3, 14, 15, 22, 24, 25, 26, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 48, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 83, 93, 94, 95, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 118, 121, 124, 125, 129, 133, 134, 137, 138, 142, 143, 154, 161, 162, 182, 186, 187
- financement des soins, 5, 9, 17, 26, 48, 56, 61, 84, 106, 121, 128, 141, 150, 152, 155, 184
- groupe de pression, 79, 138, 143, 148
- groupes de pressions, 5, 17
- hommes, 14, 15, 22, 24, 25, 26, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 72, 73, 74, 75, 80, 93, 94, 95, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 118, 129, 133, 134, 154, 161, 182, 186
- idéologie, 21, 105, 106, 107, 108, 110, 112, 113, 115, 117, 118, 166
- LAMal, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 22, 24, 30, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 73, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 135, 138, 139, 141, 143, 146, 147, 149, 150, 152, 153, 154, 159, 161, 162, 163, 165, 171, 183, 187
- lexique, 71, 134
- malades chroniques, 5, 7, 10, 140, 142, 183
- OPAS, 49, 50, 143, 150, 162, 163, 171, 184
- Parlement, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 16, 17, 20, 24, 25, 30, 31, 48, 53, 54, 55, 56, 57, 76, 78, 93, 122, 123, 130, 131, 135, 136, 137, 138, 140, 143, 144, 145, 147, 154, 158, 165, 181, 186
- personnes âgées, 5, 10, 13, 59, 121, 124, 140, 148, 149, 151, 159, 160, 188
- prestataires, 7, 9, 10, 19, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 45, 48, 50, 53, 63, 71, 84, 85, 94, 97, 106, 107, 108, 110, 113, 115, 117, 124, 125, 135, 137, 138, 139, 140, 146, 148, 149, 154, 184
- prestations complémentaires, 16, 48, 56, 57, 58, 64, 65, 66, 128, 139
- primes, 7, 50, 51, 52, 55, 101, 121, 124, 125, 131, 136, 139, 152, 155, 183, 186
- proches aidant-e-s, 5
- Radicaux-Libéraux, 18, 26, 38, 44, 45, 48, 53, 61, 76, 77, 78, 79, 80, 93, 94, 109, 110
- réseau politique, 5
- RPT, 13, 62
- Santésuisse, 125, 131, 136, 140, 142, 183, 184, 186
- Sexe, 18, 20, 24, 38, 40, 41, 42, 72, 73, 74, 75, 80, 93, 94, 99, 101, 108, 109, 165, 166, 167
- Socialistes, 18, 26, 44, 45, 52, 58, 61, 63, 76, 77, 78, 79, 80, 93, 94, 103, 104, 109, 110
- sociogramme, 8, 12, 22, 130, 131, 133
- soins, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 37, 38, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 105, 106, 107, 109, 110, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 171, 172, 176, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188
- Soins aigus et de transition, 59, 186

soins de base, 49, 59, 97, 147, 149	129, 133
Soins de base, 58	système sanitaire, 7, 9, 55, 76, 78, 130
soins informels, 49	UDC, 18, 26, 38, 44, 45, 50, 53, 54, 55, 61, 63, 76, 77, 78, 79, 80, 93, 94, 110, 142, 164, 183, 185, 186
Spitex, 55, 70, 74, 79, 80, 82, 83, 87, 88, 92, 94, 122, 123, 124, 128, 129, 131, 139, 140, 141, 142, 144, 150, 164, 183, 184, 187	Verts, 18, 26, 44, 52, 54, 55, 58, 61, 63, 76, 77, 78, 79, 80, 93, 94, 110, 122, 123
système de santé, 7, 52, 99, 101, 106, 125,	

10. Annexes

10.1 Liste des annexes du rapport

1. Composition du comité scientifique

2. Protocole de préparation des texte en vue de l'analyse lexicale

3. Législations

Art. 7 Ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins – Définition des soins (RS 832.12.31)

4. Entretiens de la deuxième Période

- 4.1 Courrier de demande d'entretien
- 4.2 Liste des personnes rencontrées
- 4.3 Canevas des entretiens semi-directifs
- 4.4 Grille comparative des résultats d'entretiens

5. Listes des membres de la Communauté d'intérêts Financement des soins

10.2 Liste des annexes du CD-rom

Corpus d'analyse

- Texte intégral des débats 2004 – 2008
- Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance maladie du 06.11.1991 (91.071)
- Message du Conseil fédéral sur la stratégie et les thèmes urgents du 26.05.2004 (04.031)
- Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins (05.025)
- Initiative parlementaire Rychen 97.402 « Mesures temporaires contre l'augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie » déposée par Albrecht Rychen le 06.03.1997.
- Motion Joder 00.3521 « Revalorisation des soins infirmiers » déposée par Rudolph Joder au Conseil national le 3 décembre 2001.
- Motion Raggenbass 02.3611 « Financement des soins de longue durée » déposée par Hansruedi Raggenbass le 04.10.2002.

Législations

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10).
- Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102).
- Ordonnance fédérale du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance des soins (OPAS, 832.12.31).
- Ordonnance fédérale 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, 832.104).

Acteurs parlementaires

- Profils des 52 parlementaires ayant participé aux débats
- Profil du Conseiller fédéral Pascal Couchepin

1. Composition du comité scientifique :

Professeure Clémence Dallaire :

Enseigne à l'Université de Laval (Québec), Faculté des sciences infirmières. Spécialiste de l'engagement politique des professionnel-le-s en soins infirmiers et de la mise en évidence de la contribution des soins infirmiers à la société.

Regard critique dans le champ de l'analyse de la politique professionnelle infirmière.

Professeure Béatrice Despland :

Enseigne à la HECV Santé, professeure à l'Université de Neuchâtel, Faculté de droit, spécialiste du droit des assurances sociales.

Regard critique et conseil en matière juridique.

Professeure Annie Oulevey Bachmann :

Enseigne à la HES La Source, infirmière, sociologue, titulaire d'un DEA en études genre.

Regard critique et conseils en matière de méthodologie et de problématique genre.

Professeur Frédéric Varone :

Enseigne à l'Université de Genève, Faculté de sciences politiques, directeur de la Maîtrise en management public (MAP), spécialiste des politiques publiques et de l'évaluation des politiques publiques.

Regard critique en matière d'analyse des politiques publiques.

2. Protocole de préparation des textes en vue de l'analyse lexicale :

a. Préparation du texte dans Word®

- Lancer Word > Ouvrir le texte d'une séance de Conseil dans Word.
- Effacer manuellement :
 - la liste chronologique des différentes séances.
 - enlever les 'AB 2004' > rechercher et effacer à la main et recoller les deux morceaux de la phrase.
 - enlever les textes des propositions en allemand > recherche > Antrag. Attention à garder les résultats des votes.
 - Rechercher et enlever manuellement les « Ziff. » -> ne garder que les lois en français.
 - Rechercher les « : » dans le texte et les remplacer par « - ».
 - Rechercher et remplacer « angenommen - adopté » par « adopté ».
 - Effacer le « remonter » « home » à la fin de la session.
 - Rechercher les « namentlich » et effacer le lien en bleu.
- Pour chaque parlementaire, copier (d'un document word pré-préparé)/coller 5 variables :
 - Phase : I / II / III
 - Session : (sous la forme suivante : jj/mm/aaaa)
 - Conseil : (CN ou CE)
 - Nom : (y. c prénom)
 - Texte :
- Effacer le canton et le parti et coller le texte à la suite des « : »
- Pour les présidents des Chambres: Rechercher « Präsident - In » ou « Président » et remplacer par les cinq variables avec le nom du Président en question. Puis, en début de texte ajouter « (Président/e) » -> déjà noter cela dans le document Word® pré-préparé.
- Pour les rapporteurs-euses : faire rechercher/remplacer : « für die Kommission » et « pour la commission » par « (Rapporteur/euse) » en début de texte.
- Pour le conseiller fédéral : avant le début du texte ajouter (CF).
- Question des textes formels noter avec mention « Protocole » à la place d'un nom de parlementaire.
- Enlever tous les « retours à la ligne » superflus -> ne garder que les retours à la ligne qui marquent les questions.
- Enregistrer en format texte dans un nouveau dossier.
- Ouvrir le fichier texte et vérifier qu'il n'y a pas de saut à la ligne.
- Si certains caractères ont été transformés en « ? », remplacer les « ? » par des espaces (« ») en faisant ctrl+ H.

b. Insertion du texte à analyser dans SPHINX®

- Lancer Sphinx > texte à analyser.
- Choisir « un texte à analyser » et cliquer OK.
- Choisir le document .txt
- Choisir « les textes sont balisés », cliquer OK.
- Dans la fenêtre « ouvrir un fichier de données balisées », ne rien changer (les balises commencent par « ^p < ») et (les balises finissent par « : > ») et cliquer OK.
- Dans la fenêtre « confirmer le choix automatique des variables », choisir « jeu d'options optimales pour » et sélectionner « extrait de base documentaire ».

- Pour le reste des possibilités, cliquer uniquement « utiliser l'ordre des balises pour séparer les observations », puis OK.
- Pour les 2 variables, contrôler le type de question que c'est et au besoin changer :
 - Date -> ouverte date (attention au formatage !)
 - Conseil -> Fermée unique
 - Nom -> Fermée unique

- OK.
- Enregistrer l'enquête dans le bon dossier, au même endroit que le fichier texte.

- dans l'interface Sphinx, aller sur la page d'accueil globale (en cliquant « fermer »).
- Elaboration du questionnaire / Rédiger le questionnaire :
- Pour aller chercher les questions du « questionnaire modèle » :
- Créer une nouvelle question.
- Cliquer « bibliothèque » et aller chercher le questionnaire modèle à son emplacement.
- Changer le type de fichier en fichier « .que » pour qu'il apparaisse et le sélectionner.
- Choisir ensuite une à une les questions que l'on veut intégrer à cette enquête.

- pour attribuer à chaque parlementaire ses différentes variables :
 - fermer la fenêtre « liste des questions ».
 - cliquer « collecte des réponses » / « gérer les observations » / « remplacer les valeurs ».

- dans la fenêtre « remplacer les valeurs » :
 - cliquer « dans la variable » et sélectionner la variable que l'on veut attribuer »
 - laisser vide dans la case « rechercher » et indiquer le numéro de la modalité de la variable en question dans la case « remplacer » – tel que rentré dans l'élaboration du questionnaire.
 - Cliquer « pour un profil d'observations » / « modifier ».

- dans la fenêtre « définir un profil d'observation » :
 - cliquer « variable DEPUTE-E » est « = » et sélectionner les députés (ctrl + clic pour en sélectionner plusieurs) qui correspondent à la modalité de la variable choisie précédemment.
 - Cliquer 2 fois OK dans les 2 fenêtres.

- recommencer l'opération pour les autres modalités de la même variable (même chemin depuis le menu général), puis pour les autres variables.

- créer les questions de qualification dans « Elaboration du questionnaire » :
 - cliquer « rédiger le questionnaire ».
 - ajouter les questions qualificatives pour l'analyse de contenu.
 - décider si ce sont des questions fermées uniques ou multiples.
 - enregistrer et retourner au menu principal.
 - sous élaboration du questionnaire, choisir « Formulaire multimedia ».
 - si il en existe déjà un, choisir dans le menu formulaire : « nouveau formulaire »

- choisir « papier » (ou autre...).
- dans la fenêtre formulaire, choisir la variable « texte » et les variables qualificatives, créées exprès précédemment.
- Cliquer terminer.
- Le formulaire est créé. Modifier la taille de la fenêtre texte en double cliquant dessus - > nombre de lignes du texte : choisir 45 (ou ??).
- Dans le menu stade, cliquer « consulter/modifier ».
- Passer en revue toutes les observations et les qualifier en cliquant.

3. Législation

Art. 7 Ordonnance sur les prestations dans l'assurance des soins – Définition des soins (RS 832.12.31)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Confédération suisse

[Page d'accueil](#) > [Législation](#) > [Recueil Systématique](#) > [Droit interne](#) > [Page de garde](#) > [RS 832.112.31](#)
[Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie](#)

[Titre 1 Prestations](#)

[Chapitre 2 Prestations fournies sur prescription ou mandat médical](#)

[Section 3 Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social](#)

[< Art. 6](#)

[> Art. 8 Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis](#)

Art. 7 Définition des soins

¹ L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis (art. 7, al. 2, et art. 8a) sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:¹

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal²).

² Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:³

a.⁴

l'évaluation et les conseils:

1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,
2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;

b.

les examens et les traitements:

1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
3. prélèvement pour examen de laboratoire,
4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,

6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
 7. administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,
 8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
 9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
 10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
 11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
 12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,
 - 13.⁵ soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,
 - 14.⁶ soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;
- c. les soins de base:
1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,
 - 2.⁷ mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.

^{2bis} Il appartient à une infirmière ou à un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à la let. b, ch. 13 et 14, et à la let. c, ch. 2, doivent être prises.⁸

³ Les frais généraux d'infrastructure et d'exploitation des fournisseurs de prestations ne sont pas pris en compte dans le coût des prestations.⁹

¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

² RS 832.10

³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 18 déc. 1997 (RO 1998 150).

Etat le 1^{er} janvier 2009

Pour remarques et observations: [Centre des publications officielles](#)

Les autorités fédérales de la Confédération suisse

Contact | Informations juridiques

4.1 Courrier de demande d'entretien :

Haute Ecole de la Santé La Source – Avenue Vinet 30 – CH-1004 Lausanne
Tél. : +41 21 641 38 00 – Fax : +41 21 641 38 38 – www.ecolelasource.ch

■ Recherche et prestations

Madame / Monsieur
Xxx Yyy
Xxx
Xxxxx

Lausanne, le 15 décembre 2008

Demande de participation à une recherche

Madame, Monsieur,

Depuis sept mois, nous menons une recherche sur l'étude des débats des Chambres fédérales dans le cadre du processus de révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Plus précisément, nous cherchons à comprendre la dynamique de légitimation ayant prévalu à l'adoption de la révision de la loi sur le financement des soins qui a abouti à la décision du 13 juin dernier. Cette recherche est financée par la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO).

Dans un premier temps, notre travail de recherche a porté sur une analyse lexicale des débats qui se sont tenus au Parlement. Nous cherchons maintenant, dans une deuxième phase de l'étude, à confronter et à approfondir les hypothèses qui ont émergé de la première phase de la recherche.

Dans cette perspective, nous désirons interviewer des acteurs et actrices ayant joué un rôle important dans le processus de révision de la loi. C'est pourquoi nous vous adressons ce courrier. Prochainement, nous nous permettrons de prendre contact avec vous par téléphone ou par courrier électronique afin de vous demander de nous accorder un entretien.

Cet entretien portera sur la dynamique du processus de révision de la loi sur le financement des soins. Vous serez bien évidemment libre de répondre ou non à nos questions. Lors de l'entretien, nous prendrons des notes et dans un deuxième temps, nous vous soumettrons ces notes, ce qui vous permettra de corriger les éventuelles erreurs ou de nous indiquer les éléments que vous ne voudriez pas voir utilisés dans l'étude. Nous vous garantissons qu'en aucun cas, un quelconque élément que vous nous communiquerez ne sera utilisé sans votre accord.

En vous remerciant par avance pour la bonne réception que vous accorderez à notre demande, nous vous adressons, Madame / Monsieur, nos salutations distinguées.

Blaise Guinchard
Professeur HES-SO

Elisabeth Hirsch-Durrett
Professeure HES-SO

Annexe : résumés de la recherche en allemand et en français.

■ Recherche et prestations

Deutscher Abstract :

„Pflege“ ist ein zentraler Begriff der schweizerischen Gesundheitsgesetzgebung. Das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG, SR 832.10) zählt die Pflege zu den Leistungen, die vollumfänglich von der Grundversicherung zu übernehmen sind. Paradoxe Weise wird dieser Begriff in den verschiedenen Sozialversicherungsgesetzen nicht definiert. Allerdings tendieren seit 1998 sämtliche Bestrebungen des Parlaments, das KVG zu revidieren, dazu, diesen Grundsatz zu relativieren und den Beitrag an die in den Langzeiteinrichtungen und zuhause erbrachte Pflege zu definieren.

Mittels einer wissenschaftlichen Erforschung und Analyse der einschlägigen Debatten soll der politische Status der Pflege untersucht werden. Gegenstand des Forschungsprojekts bilden somit die Debatten über die Finanzierung der Pflege im eidgenössischen Parlament im Rahmen seiner Bestrebungen, das KVG zu revidieren.

Untersucht wird der Zeitrahmen 1998-2008.

Methoden :

Erster Teil : Themenanalyse, Lexikalische Analyse.

Zweiter Teil : Interviews.

Anfang : April 2008.

Termin : April 2009.

Finanzierung : Fachhochschule Westschweiz (HES-SO).

Résumé en français :

Les soins se situent au cœur de la législation régissant le système sanitaire helvétique. La Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal, 832.10) prévoit de rembourser pleinement les soins au même titre que les autres prestations. Paradoxalement, il n'existe pas de réelle définition du terme "soins" dans les assurances sociales. Les révisions de la LAMal en cours au Parlement envisagent un remboursement partiel des soins touchant les secteurs ambulatoires et les établissements médico-sociaux.

La recherche a pour but de comprendre le statut politique qui est accordé aux soins dans le cadre d'une analyse des travaux du Parlement suisse.

Champ sur lequel porte l'étude : débats du Parlement entre 1998 – 2008.

Méthodes :

Première partie : Analyse thématique, Analyse lexicale.

Deuxième partie : Entretien.

Début : avril 2008.

Fin : avril 2009.

Financement : Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).

4.2 Personnes rencontrées lors des entretiens :

	Nom, Prénom	Organisation	Parlementaire
1	Ayoubi, Semia	CDS-GDK	
2	Brändli, Christoffel	Santésuisse	Conseil des Etats UDC
3	Egerszegi-Obrist, Christine		Conseil des Etats PLR, ex-CN
4	Forster-Vanini, Verena		Conseil des Etats PLR
5	Klaus, Guido	Direction CSS	
6	Maury-Pasquier, Liliane		Conseil des Etats PS, ex-CN
7	Mörkofer, Stéphanie	Direction Spitex Verband Schweiz	
8	Ricou, Lionel	Direction Curaviva	
9	Schwaller, Urs		Conseil des Etats PDC
10	Wandeler, Elsbeth	Direction Association suisse des infirmières et infirmiers	

4.3 Canevas des entretiens semi-directifs :

- | | |
|---|-------------|
| 1. Introduction : | tous·toutes |
| Remercier | |
| Préciser les conditions de l'entretien : prise de note / retour des notes / approbation / possibilité pour l'interlocuteur·trice de limiter l'usage à des données à tout moment | |
| 2. Rappel de nos intentions : | |
| Rencontrer des témoins privilégiés. | |
| Nos attentes : connaître leurs positions par rapport au processus d'élaboration de la loi, négociations préalables et compromis. | |

Processus en général :

- | | |
|--|-------------|
| 3. Aujourd'hui, quel est votre sentiment global par rapport au processus d'élaboration de la Loi sur le financement des soins ? | tous·toutes |
| <i>Intention : Question d'entrée en matière. Généralités. Chauffer.</i> | |
| 4. Pour vous, qu'est-ce que vous comprenez par « soins » ? | tous·toutes |
| <i>Quelle est leur définition des soins ?</i> | |
| 5. Dans notre analyse des débats au Parlement, nous avons mis en évidence le fait que l'on parle très peu des soins en termes de contenu. Comment expliqueriez-vous cela ? | tous·toutes |
| <i>Relance : les travaux de commission ont-ils porté sur des éléments de contenu ?</i> | |

Déroulement du processus législatif – Jeu politique

- | | |
|--|-------------|
| 6. Quelles sont les personnes / Quels sont les organismes qui ont eu une influence notable dans la révision de la Loi sur le financement des soins ? | tous·toutes |
| <i>Intention : qui a pesé dans les décisions ? Quelle influence des lobbys ?</i> | |
| <i>Membres des commissions clairement identifiés au service des lobbys.</i> | |
| 7. Lors du processus d'élaboration de la loi, que diriez-vous des interactions des forces en présence ? | tous·toutes |
| <i>Intentions : concerne la phase pré-parlementaire.</i> | |
| 8. Lors du processus d'élaboration de la loi, comment avez-vous pu faire valoir vos positions (parti / organisation) ? Avec quels | tous·toutes |

succès ? Avec quelles infortunes ?

Intentions : quels sont les canaux qui ont été utilisés ?

9. Quels ont été les enjeux des tractations (notamment dans la phase pré-parlementaire) ? Tous-toutes

10. De votre point de vue, le débat s'est-il déroulé selon des lignes idéologiques classiques ou y a-t-il eu d'autres types de positionnement ?

Nos constats

11. A votre avis, dans le cadre de ces débats, avez-vous constaté des différences entre les positionnements des parlementaires hommes et femmes dans leurs interventions ? tous-toutes

De notre analyse des débats, le discours des hommes parlementaires semble plus centré sur l'opérationnel et celui des femmes parlementaires semble plus centré sur les aspects sociaux et humains. Qu'en pensez-vous ?

(voir graphique Indice de spécificité – sexe/mots spécifiques)

Intention : veut-on valider ?

12. Avez-vous identifié un type d'argumentation qui fonctionne mieux que l'autre ? Cela influence-t-il votre stratégie d'argumentation ?

Intention : faut-il, en tant que femme, adopter un discours spécifique sur le mode de celui des hommes ?

Conclusion

13. Selon vous, quels sont les éléments qui restent en suspens et qu'il s'agira de retravailler à l'avenir ? tous-toutes

13. Remercier tous-toutes

4.4 Grille comparative des entretiens 1/5

	Semia Ayoubi	Christoffel Brändli	Christine Egerszegi-Obrist	Erika Forster Vannini	Guido Klaus	Liliane Maury Pasquier	Stéphanie Mörikofer	Lionel Ricou	Urs Schwaller	Elsbeth Wandeler
Parti/organisations.	CDS	UDC / Santésuisse	Parti Radical & Pdte Spitex	Parti Libéral	CSS / santésuisse	Parti Socialiste	CI/Spitex	CI/Curaviva	Parti démocrate-chrétien	CI/ASI
Profession/fonction	?	CE /	CE/service publique	CE/économie	Direction, respo. politique de santé	CE/sage-femme	Présidente CI (?)	Secrétaire CI	CE/avocat	?
Questions										
(In-) Satisfact.	Insatisfaction (report des charges sur les cantons), compromis 20%	Une solution raisonnable qu'on peut critiquer.	Ambivalent ; amélioration ; mais « on a perdu » sur plusieurs points	Satisfaite / tout le monde y trouve son compte (principe du syst. politique suisse)	Content mais en fait pas de grands changements	Voté contre / « Les assureurs ont réussi à imposer leur point de vue »	A 80% satisfaite	« de toutes façons pour nous il fallait une clarification de la LAMal »	Satisfait, exigence de maîtrise des coûts atteinte	Ambivalent
Points positifs / Nég.	Négatif : « on a fait un cadeau aux électeurs » ; le financement pose problème ; augmentation des seuils pour les PC ; financement EMS	Négatif : Positif : payer par les primes et par les impôts = équitable	Positif : abandon soins de base /traitement ; 20% max; augmentation seuils PC. Négatif : 15j. et non 30j. (pression caisses) ; délai de carence ; non adaptation des contributions	Du point de vue de politicienne, le compromis trouvé est bon	Rien de très nouveau. Positif : contribution, limitation des dépenses des assureurs - plafond. Négatif : soins aigus et transition peu clairs, pas de coordination avec autres ass. soc. Pas d'assurance de soins	positif : plafonnement participation des patients et remb. soins aigus et transition (15jours)	Négatif : durée soins aigus et transition ; Positif : 20% patients ; mode de financement ; augmentation des seuils pour PC	Positif : participation max. de 20% par le patient et soins de transition & aigu ; Négatif : 15j. ; non adaptation autom. des contributions	positif : système par forfaits ; rejet de l'adaptation tous les deux ans	Positif : d'alliances (CI ; interparti) ; améliorations dans certains cantons. Négatif:compromis ; jeunes malades chroniques ignorés ;principe de contribution aux soins ancré

4.4 Grille comparative des entretiens 2/5

	Semia Ayoubi	Christoffel Brändli	Christine Egerszegi-Obrist	Erika Forster Vannini	Guido Klaus	Liliane Maury Pasquier	Stéphanie Mörikofer	Lionel Ricou	Urs Schwaller	Elsbeth Wandeler
Défin. des soins	Bonne définition dans l'OPAS, art. 7. Questions autour des méta-travaux : les comptabiliser ?	Prestations médicalement ordonnées. A différencier des soins d'hébergement		Définition complète issue de Spitex (complétée par après). Les soins doivent être de qualité et économiques	Définition dans l'art. 7, OPAS. Soins de traitement qui améliorent l'état du patient	« (...) prestations données qui visent à améliorer ou maintenir l'état de santé (...) »			distinguer de l'hébergement ; « soutien « médical » dont a besoin une personne » ; aide psychique ; 4 degrés de besoins	Pas de conception globale des soins dans la loi MAIS des prestations (hors contexte) ; « approche marchande »
Présence / statut des soins lors des débats		La politique de santé traite plus de financement que de santé.	Le financement des soins a été discuté en fonction des coûts. Origine : problème d'estimation des coûts en 1994	Objet des débats : répartition du financement des soins. C'est surtout le financement des soins de longue durée qui a été débattu	Les questions de contenu sont affaires de spécialistes.	Soins peu abordés / peu de connaissance du dossier / contenu débattu lors des auditions / au parlement : santé = marché	Définition absente de la loi – satisfaisant car l'évolution des soins est rapide. Ordonnances + flexibles, pour les modifications		Contenu des soins peu débattus ; c'est le financement, l'organisation, la répartition des coûts qui était l'objet. Intérêt du dossier car secteur en augmentation	Pas de débat, car « cela n'intéresse personne ! »
Evénements / groupes / Personnes influentes dans processus.	CDS ; caisses maladies (à travers les parlementaires) ; CI ;	Santésuisse CI Financement des soins (ne se rappelle plus le nom)	Assureurs (critique mandats) ; vice-pdt de la FMH (CN) ; sage-femme (CE) ; raisons familiales -> influence les positionnements perso ; Mörikofer	Même influence de tous les acteurs : prestataires de soins ; les cantons ; les assureurs ; les organisations de patients	Spitex, Curaviva, BAG, assureurs	Assureurs (les + influents) ; prestataires de soins (CI) ; période électorale	Santésuisse, CI, Couchepin (proche caisses maladie) ; Association de propriétaires	parlementaires, prestataires de soins, Santésuisse, CDS, conseillers des parlementaires, secrétaires politiques des partis	Cantons (peu de légitimité) ; CI (travail d'information) ; assureurs (très présents-membres de la CSSS - MAIS pas spécialement influents !)	CI (amené du contenu dans le débat) ;

4.4 Grille comparative des entretiens 3/5

	Semia Ayoubi	Christoffel Brändli	Christine Egerszegi-Obr.	Erika Forster Vannini	Guido Klaus	Liliane Maury Pasquier	Stéphanie Mörikofer	Lionel Ricou	Urs Schwaller	Elsbeth Wandeler
Stratég d'influence et argument.	Lettres aux membres de la CSSS/plénum; téléphones avec parlementaires; demande explicite de proposition à des parl.; « CDS entendu mais peu suivie »; contacts avec CI; OFSP; flexibilité des propositions	Manque de pilotage politique (CF + adm). On doit apporter de bons arguments pour convaincre. Le nombre ne suffit pas.	Ce sont les personnes qui connaissent le moins le domaine des soins qui sont les plus faciles à influencer par les assureurs	Il y a des tractations au cours du processus, des alliances formées	Suivi serré du processus. Infos au BAG. Echanges parallèles avec les partenaires.	Faire partie la CSSS (alliances); être rapporteuse de la CSSS (publicité); être porte parole du groupe; faire porter une proposition par un autre groupe	Pouvoir de référendum; communication systématique de la CI avant chaque séance à chaque parl.; Participation aux Hearings; discussion perso.; ne pas trop insister (pression); division des tâches entre assoc. (CI)	Menace du référendum; mobilisation potentielle; prop phase pré-parl; position unique-CI; suivi et réaction systématique aux débats; discrétion (peu médiatisé); crédibilité; connaissances techniques	Prise de positions et constitution d'alliances (ou « discussions »)	Invitations aux parlementaires (visite de home, tables rondes médiatisées); personnalisation de l'argumentation (parler des sit propres); assureurs (peu d'échanges); médecins (peu); CDS; portes-parole; pers. Influentes des groupes;
Débat selon des lignes idéologiques		Plutôt au CN. Pas au CE.	Non, représentation des intérêts des cantons au CE. Le + grand problème: nombre de mandats des assureurs à la CSSS!	Pas de débats idéologiques (sauf pour les discussions sur le financement). Tous d'accord sur le principe de qualité & économicité.	Oui, toujours très idéologique. AU final la peur d'une augmentation des coûts a joué en notre faveur		Non, sauf UDC (opposition). Collab. Avec RL/V/PDC/PS.	Non, au CN, tous les partis reprenaient les propositions de la CI. « intérêts des assureurs » vs. « intérêts des patients »	Non, pas idéologique, en tous les cas au CE; en fonction des exp. prof. et perso.	Alliances entre partis; aspects idéologiques très présents: rôle de l'Etat, division public/privé. Types de solidarité

4.4 Grille comparative des entretiens 4/5

	Semia Ayoubi	Christoffel Brändli	Christine Egerszegi-Obr.	Erika Forster Vannini	Guido Klaus	Liliane Maury Pasquier	Stéphanie Mörikofer	Lionel Ricou	Urs Schwaller	Elsbeth Wandeler
Différences entre femmes et hommes parlementaires	Forster-Vannini ; Humbel-Näf ; Egerszegi. En faveur des soins aigus et transition ; aspect humano-financier	C'est naturel. Femmes plus émotionnelles.	C'est l'expérience personnelle ou professionnelle dans le domaine des soins qui est déterminante	Les femmes sont davantage en faveur des patients ; les hommes parlent plus du financement ; C'est positif, car vue d'ensemble	Oui, les femmes avaient des liens d'intérêts.	Femmes plus ouvertes aux questions de santé ; approche concrète et pragmatique (lié aux expériences de vie/ pers. dép.)	Exp différentes des femmes (famille, politique, professionnel). + proches des soins.	Femmes de droite au CE apportent du soutien aux revendications, alors que les hommes sont + proches des intérêts de Santésuisse	Engagement + marqué chez les femmes en faveur de groupes d'intérêt de la santé (perso./prof.). Pas de différence d'argumentation	Ouverture + grande des femmes aux soins (+ d'exp) ; + enclines aux solutions inter-parti. MAIS exceptions !
Eléments en suspens		Fixer les tarifs des homes – >harmoniser + soins de transition -> fonctionner de manière restrictive.		Soins de longue durée et son financement dans un contexte de vieillissement démographique	Soins aigus et de transition / Participation des cantons / Mise en œuvre concrètes (dans cert. cantons alémaniques, ce sont les communes qui le font.	Mise en application dans les cantons ; assureurs et argumentation des primes maladies ; soins aigus et transition	Durée couverture soins aigus et de transition ; mise en œuvre ; définition du 100% ; date entrée en vigueur		Evaluation du système par forfait ; limite à 20% pour les patients ; primes maladies ; degrés de formations	Applicabilité des décisions , date de mise en œuvre ; définition des coûts totaux ; révision de certains aspects (Maillard)
REM :										
Pers citées par l'interviewé	M. Conti, M. Maillard (travail de lobbying personnel)	Mme Büttikoffer (Mörikofer).	Couchepin a fait début à la fin ; collègue UDC de la CSSS en faveur (expérience d'un proche en home)		M. Bruno Fuhrer du BAG, Mme Humbel, M. Braiendli, Mme Mörikofer, Mme Egerszegi	Exemple de Hassler (UDC) « a fait preuve d'un engagement personnel, au-delà de l'appartenance de parti »	Théo Maissen (femme Pdte d'une association spitex) ; désengagement : Verena Diener	Stéphanie Mörikofer, très engagée. Au Parlement : Egerszegi et Forster	Exemple de Maury Pasquier (PS) et Egerszegi Obrist (RL) qui s'engagent (appart. prof et assoc.)	Egerszegi-Obrist (vécu difficile) ; Hassler (se démarque de la ligne de parti) ; Diener (opposée aux prop CI & CN)
neutralité des coûts	Pas mentionné	Pas mention., mais parle de maîtrise des coûts.	Pas mentionné	Pas mentionné	Pas mentionné	Pas mentionné	Pas mentionné	Pas mentionné	Mentionné à plusieurs reprises (« maîtrise »)	Pas mentionné

	Semia Ayoubi	Christoffel Brändli	Christine Egerszegi-Obr.	Erika Forster Vannini	Guido Klaus	Liliane Maury Pasquier	Stéphanie Mörkofer	Lionel Ricou	Urs Schwaller	Elsbeth Wandeler
Remboursement	Mentionné	Pas mentionné	Mentionné-contre la LAMal en 1994	Pas mentionné	Pas mentionné	mentionné		Mentionné (« ce n'est pas légal »)	Pas mentionné	Mentionné
Fondemens idéologi.	solution unique (même si contributions moins élevées que sit actuelle – romandie)		Besoins en soins ; soins discriminés par rapport à d'autres prestations médicales	appartenance à Spitex	LAMal = loi restrictive	Parti ; profession		Etendre les prestations et garantir le bien-être des patients (surtout aînés). Pas d'intérêts financiers	Les privés et les collectivités sont toujours plus chargés financièrement, il faut maîtriser les dépenses	Systèmes intégrés et non report des coûts d'une assurance sociale sur une autre serait mieux !
Débats au plénum		Lorsque la majorité est claire en commission, pas nécess. d'avoir une discussion. Sinon, c'est souvent égal.	Critique : « on a un discours économique quand on n'a pas les connaissances de fond »		Les affrontements se font sous forme de scène. Entre spécialistes, cela se passe différemment.	Plénum = mise en scène publique des travaux de la CSSS ; le registre de débat (économité) est fixé par la majorité			Débats non idéologiques, mais « autres approches ». AU CE, les lignes de parti sont moins marquées.	
Différences CE/CN		Au CE -> débats constructifs avec recherche de consensus. Au CN chacun-e veut prendre la parole.	Conseil des Etats proche des assureurs « problème »		Pas abordé		Différence entre CN et CE (infl. caisses-maladie) ; + de femmes au CN -> + favorables aux patients	Le CN reprenait directement les propositions de la CI dans son projet, alors que le CE très peu.	CE : proches des cantons ; objectif de maîtrise des coûts (sauf gauche), vision + restrictive que le CN	«...au CE, on pouvait se demander: vous travaillez pour qui ? Pour les cantons ou pour les assureurs ? »
Différences entre régions linguistiques	Aspect humain + marqué chez lromands mais pas confirmé au niveau de la CDS. Plutôt différence de partis	Les coûts en devraient pas être différents à Lausanne ou à Zürich		Les romands étaient davantage en faveur des soignants ; les alémaniques plus concentrés sur le financement	Différences dans la situation actuelle et dans ce qui pourras advenir suite à la mise en œuvre. Risque de multiples sol diff.				Les romands ont tendance à relever le niveau de formation (coûts) ; n'existe pas en suisse alémanique	Au niveau des cantons oui : alémaniques + durs, CRASS (romands) + ouverts

5. Liste des membres de la Communauté d'intérêts Financement des soins

- Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
- CURAVIVA Suisse Association des homes et institutions suisses
- H+ les hôpitaux de Suisse
- ASI Association suisse des infirmières et infirmiers
- Association Alzheimer Suisse
- Senesuisse Etablissements suisses médicalisés privés pour personnes âgées
- DOK Conférence faîtière des organisations de l'aide privée aux handicapés
- GELIKO Conférence nationale suisse des ligues de santé
- Société suisse de la sclérose en plaques
- Parkinson Schweiz/Suisse/Svizzera
- Curahumanis Association professionnelle pour les soins et l'assistance
- SSR-CSA Conseil suisse des aînés