DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Aux conseillères et aux conseillers nationaux

Berne, le 25 mai 2022

**Session d'été 2022**

Madame la Présidente du Conseil national,
Madame, Monsieur,

Dans la perspective de la session d'été, du 30 mai au 17 juin 2022, nous vous communiquons nos recommandations:

## POSITIONS de H+ Les Hôpitaux de Suisse
## Session d'été 2022, Conseil national

**21.067 n** **Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts). Initiative populaire et contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie)**

**Recommandation de H+: rejeter l'initiative et le contre-projet indirect.**

**21.3978 s** **Mo. Conseil des Etats (CSSS-CE). Financement durable de projets de santé publique du Concept national maladies rares**

**22.3379 n** **Mo. CSSS-CN. Renforcement et financement des organisations de patients dans le domaine des maladies rares**

**Recommandation de H+: accepter les deux motions.**

***Complément à l'ordre du jour, initiatives parlementaires 1re phase***

**20.495 n** **Iv. pa. Aeschi Thomas. Relevé de la nationalité des patients hospitalisés en Suisse**

**Recommandation de H+: rejeter l'initiative parlementaire (comme la majorité de la CSSS-CN).**



Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch

**21.407 n Iv. pa. Groupe V. Loi sur les épidémies. Garantir la participation du Parlement aux décisions**

**Recommandation de H+: rejeter l'initiative parlementaire (comme la majorité de la CIP-N).**

Nous nous tenons volontiers à votre disposition pour toute question ou information complémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur le Président du Conseil national, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations,

Anne-Geneviève Bütikofer

Directrice

**EXPLICATIONS**

## 21.067 n Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts). Initiative populaire et contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie)

### Contenu

L'initiative populaire fédérale «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» a été déposée le 10 mars 2020 par le PDC (aujourd'hui, le Centre). L'initiative vise à compléter l'art. 117 de la Constitution, de telle manière que le Conseil fédéral limite l'évolution des coûts de l'AOS et veille, en collaboration avec les cantons, les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations, à ce que ces coûts évoluent conformément à l'économie nationale et aux salaires moyens.
Le Conseil fédéral estime que l'objectif de réduire la croissance des coûts est justifié, mais il propose le rejet de l'initiative, car il juge réducteur de considérer les coûts de l'AOS exclusivement en fonction de l'évolution de l'économie globale et des salaires, comme le demande l'initiative.
Il lui oppose donc un contre-projet indirect: le Conseil fédéral et les cantons fixent le pourcentage maximal de l'augmentation des coûts de l'AOS par rapport à l'année précédente (objectif en matière de coûts) sur la base des besoins médicaux. Si les objectifs en matière de coûts ne sont pas respectés, le gouvernement cantonal et le Conseil fédéral évaluent si des mesures de correction sont nécessaires. La palette d'instruments existante sera complétée de manière ciblée.

### Chronologie

| | |
|---|---|
| 13.01.2022 : | Audition des acteurs concernés au sein de la CSSS-CN. Entrée en matière et décision de traiter le projet avec l'initiative du PS sur l'allègement des primes dans une sous-commission. |
| 06.-08.04.2022 : | Discussion par article au sein de la CSSS-CN. Recommandation de rejeter l'initiative et d'approuver le contre-projet à l'exception des objectifs en matière de croissance maximale des coûts. |

[**H+ recommande de rejeter tant l'initiative que le contre-projet indirect. H+ rejette aussi la majeure partie des mesures proposées par la CSSS-CN.**

### Motivation

Comme le reconnaît le Conseil fédéral dans son message relatif à l'initiative et au contre-projet indirect, l'initiative répond à une préoccupation importante de la population suisse. Les primes d'assurance-maladie élevées sont une charge indéniable pour de nombreuses personnes. La viabilité financière de l'assurance obligatoire des soins (AOS) arrive à ses limites. H+ ne conteste pas la problématique des coûts mais estime, comme le Conseil fédéral, qu'il est réducteur de faire correspondre l'évolution des coûts à celle de l'économie et à l'indice des salaires, ainsi que le propose le Centre. À côté des salaires du personnel de la santé, l'évolution des coûts dépend d'une série de facteurs qui ne sont pas induits par l'offre, comme l'évolution démographique et les progrès médico-techniques. H+ approuve donc la voie choisie par le Conseil fédéral, consistant à opposer un contre-projet indirect à l'«initiative pour un frein aux coûts». Néanmoins, H+ rejette aussi le contre-projet du Conseil fédéral (art. 54 ss. N-LAMal).

Les objectifs en matière de coûts proposés par le Conseil fédéral correspondent dans leurs effets à des budgets globaux classiques. De par leur logique même, ces derniers ne devraient pas primer sur toutes les autres mesures visant à freiner la hausse des coûts, comme l'indique

le Conseil fédéral dans son message sur l'initiative et sur le contre-projet, mais être *l'ultima ratio*, si toutes les autres mesures n'ont pas eu d'effet, ou ont eu des effets insuffisants.

Le projet constitue un abandon de la concurrence régulée à la faveur de l'introduction d'un pilotage de la santé fondé uniquement sur les coûts, centralisé et relevant de l'économie planifiée. Dans le contexte suisse, un tel changement de système mettrait inutilement en péril les soins de santé, qui sont de qualité et innovants, et cela bien entendu sans contrepartie, ne fût-ce qu'une perspective minime d'aboutir à une maîtrise des coûts judicieuse. Par «objectifs en matière de coûts», il faut entendre une prescription obligatoire, qui permet une gestion directe de la croissance des dépenses dans l'assurance de base. Les objectifs en matière de coûts correspondent ainsi à une restriction budgétaire[1]. Si les objectifs en matière de coûts fixés par la Confédération et les cantons sont dépassés, le canton ou le Conseil fédéral examinent, dans les domaines relevant de leurs compétences respectives, si des mesures correctives sont nécessaires selon la LAMal et si les conventions tarifaires approuvées remplissent les exigences d'économicité et d'équité selon l'art. 46, al. 4, LAMal. Si les conventions tarifaires ne remplissent pas ces exigences, le canton ou le Conseil fédéral demande aux partenaires tarifaires d'adapter les conventions tarifaires. Si les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie ne parviennent pas à s'entendre sur une adaptation de la convention tarifaire dans un délai d'un an, le canton ou le Conseil fédéral révoque l'approbation du tarif et fixe un tarif.

Avec le nouvel art. 46a N-LAMal, introduit après la consultation, l'autorité d'approbation – le Conseil fédéral ou le canton, selon le tarif – peut intervenir dans les conventions tarifaires. Avec le nouvel art. 46a, le Conseil fédéral pourra demander aux partenaires tarifaires, en cas de dépassement des objectifs de coûts, mais aussi indépendamment des objectifs de coûts (!), d'adapter leurs *conventions* tarifaires, si, selon lui, elles ne sont pas conformes à l'équité et ne satisfont pas au principe d'économie (art. 46 al. 4 LAMal). Si les partenaires tarifaires n'y parviennent pas, l'autorité compétente peut *révoquer* l'approbation accordée précédemment et fixer elle-même le tarif. De cette manière, le Conseil fédéral peut, dans les faits, mettre en œuvre les objectifs en matière de coûts et la neutralité des coûts selon son interprétation de l'art. 59 OAMal.

En ce sens, la Confédération et les cantons peuvent intervenir non seulement – comme jusque-là – dans la structure tarifaire, mais également dans les conventions tarifaires. En ajoutant le nouvel art. 46a LAMal, le Conseil fédéral cherche, comme il l'avait fait avec l'art 47c LAMal du volet de mesures 1b, à introduire une norme mal ciblée, dont la portée n'est pas dûment traitée dans le message. Le nouvel art. 46a n'est qu'en apparence lié directement aux nouveaux art. 54 ss. LAMal. Il s'agit bien plus d'un blanc-seing à des ingérences dans le partenariat tarifaire. Une intervention législative telle que celle proposée par le nouvel art. 46a LAMal n'est pas appropriée pour promouvoir un développement de notre système de santé axé sur la qualité et l'utilité.

Dans ces conditions, les efforts des partenaires tarifaires pour créer une organisation tarifaire nationale n'auraient plus de sens. Des tarifs pilotés par la politique n'ont pas besoin d'une organisation tarifaire. H+ appelle le Parlement à mener une politique de santé rationnelle. Avant de décider de nouvelles mesures de maîtrise des coûts contraires au système, qui sont en contradiction avec les mesures en cours de développement et qui annulent même leur effet, le monde politique devrait soutenir la mise en œuvre des mesures décidées dans le cadre du premier paquet de mesures - forfaits ambulatoires et organisation tarifaire nationale - mais enaucun cas les torpiller.

Même après avoir été remanié, le contre-projet indirect peut être qualifié de projet centralisateur relevant de l'économie planifiée, qui modifiera en profondeur le système actuel (changement de

[1] Brändle T, Colombier C, Baur M, Gaillard S (2018): Plafonds visant à freiner la croissance des dépenses de santé: expériences choisies et enseignements pour la Suisse. Working Paper de l'Administration fédérale des finances (AFF) nº 22. Lien.

paradigme). Les possibilités d'intervention prévues dans les structures ambulatoires et stationnaires ainsi que dans les conventions tarifaires saperont encore l'autonomie tarifaire, voire la contourneront complètement.

Le contre-projet indirect menacera le niveau élevé de qualité du système de santé. Avec l'«objectif en matière de coûts», le Conseil fédéral manque le but qu'il s'est assigné, à savoir «garantir la qualité des soins médicaux ainsi que l'accès de la population aux soins». Un rationnement, une médecine à deux vitesses et un renforcement de la fragmentation du système (pensée en silos plutôt qu'intégration des soins) sont bien plutôt à craindre. Les objectifs en matière de coûts concernent toutes les prestations et donc aussi, et en particulier, celles qui sont justifiées médicalement. Ces objectifs, resp. les budgets globaux, ne conviennent pas pour distinguer les prestations justifiées médicalement de celles qui ne le sont pas. La fixation de bons incitatifs, le renforcement de la transparence des résultats et l'amélioration de la qualité de l'indication sont nettement préférables pour éviter les prestations injustifiées médicalement.

Avec des objectifs en matière de coûts recommandés par une commission fédérale des coûts et adoptés par le Conseil fédéral, resp. par les cantons, le financement de la santé sera en définitive piloté selon des perspectives politiques. L'argent coulera là où les politiciens le jugeront souhaitable. Dans un tel système, la concurrence ne portera plus sur la fourniture de prestations de qualité à un prix avantageux, mais sur les bonnes grâces des élus. Ce qui apparaîtra politiquement digne d'être encouragé bénéficiera d'un généreux objectif en matière de coûts. Les batailles au niveau de la Confédération et des cantons pour la répartition budgétaire sont programmées. Les financements et les investissements judicieux médicalement seront relégués au second plan, voire entravés.

Avant de recourir à *l'ultima ratio* du budget global, il convient de constamment viser le potentiel d'efficience: c'est ce que les hôpitaux font depuis des années. H+ reconnaît qu'il faut poursuivre l'élaboration de solutions afin d'exploiter entièrement le potentiel de rationalisation et se déclare prête à y contribuer.

H+ soutient donc la décision de la CSSS-CN de rejeter les objectifs de maîtrise des coûts (art. 54 ss. N-LAMal). Au lieu des objectifs en matière de croissance maximale des coûts proposés par le Conseil fédéral, la commission recommande une série de mesures concrètes, concernant en particulier les tarifs et les analyses de laboratoire. Pour H+, il est incompréhensible qu'elle jette ainsi par-dessus bord les principes de tarification établis depuis des années par le Conseil fédéral. Ce faisant, elle désavoue aussi la reprise du partenariat tarifaire souhaitée par elle-même et par le Parlement.

<u>Art. 32 al. 3 LAMal</u>
La CSSS-CN prévoit de compléter l'art. 32 LAMal par une procédure d'évaluation. Inscrite dans un nouvel alinéa 3, cette dernière permettra d'évaluer, au moyen d'une procédure fondée sur des preuves, les prestations présentant des indices selon lesquels elles ne seraient pas ou plus efficaces, adéquates ou économiques. La procédure d'évaluation doit se fonder sur des critères transparents et sur les dernières connaissances scientifiques. Elle doit aussi être proportionnée. H+ soutient cette innovation: les assureurs doivent enfin assumer de manière transparente et systématique le rôle dans l'application et le contrôle des critères EAE qui leur est assigné dans le modèle de la concurrence régulée.

<u>Art. 37a LAMal</u>
La CSSS-CN prévoit des conditions particulières pour les laboratoires. Les fournisseurs de prestations désignés par l'art. 35 al. 2 let. f qui n'effectuent pas des analyses relevant des soins de base pour leurs propres besoins, doivent conclure une convention de collaboration avec un ou plusieurs assureurs. Dans les cantons où une offre en analyses adéquate et de qualité est assurée, les assureurs et les fournisseurs de prestations sont libres de choisir leurs contractants. Les conventions régissent en particulier la rémunération des analyses. Celle-ci ne doit pas dépasser les tarifs évoqués à l'art. 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal (liste des analyses avec tarif de l'OFSP). Les

assureurs doivent rendre accessible aux assurés la liste des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu une convention de collaboration. Avant un traitement, le fournisseur de prestations doit informer l'assuré s'il n'est pas habilité à facturer à l'assureur de ce dernier les prestations à la charge de l'AOS faute de convention de collaboration selon l'al. 1. S'il a négligé cet avertissement, il ne dispose pas de prétention civile pour réclamer ses honoraires.

Selon H+, les mesures prévues par la CSSS-CN pour les laboratoires introduisent une discrimination des fournisseurs de prestations et entraîneront une baisse des tarifs. Le financement insuffisant s'étendra ainsi à un nouveau domaine qui, aujourd'hui, est encore en mesure de fournir ses prestations en couvrant les coûts. En outre, H+ condamne l'inégalité de traitement entre le secteur ambulatoire des hôpitaux et les cabinets médicaux puisque les laboratoires de ces derniers ne sont pas concernés par les propositions de la commission.

Art. 45 al. 2 LAMal

L'art. 45 al. 1 (récusation de fournisseurs de prestations) doit être appliqué à la lettre lorsqu'un assureur ne garantit pas une offre en analyses adéquate et de qualité à tous ses assurés

L'idée qui sous-tend cette proposition est logique pour H+ et doit être approuvée dans son principe. Le soutien à la mise en œuvre et à l'application – insuffisante et non systématique aujourd'hui – des critères EAE est justifié et important. Le système de soins doit être agencé sous l'égide d'aspects qualitatifs et les structures incitatives doivent être révisées dans le sens d'une utilisation optimale des ressources. À côté d'une orientation claire des priorités dans l'intérêt des patients, il est nécessaire avant tout d'améliorer les mesures de performances et les mécanismes de responsabilité. Cela implique essentiellement la mise à disposition d'informations pertinentes et la communication sur les activités et les outcomes des fournisseurs de prestations. Des données et des indicateurs solides sur la qualité des prestations font très largement défaut en Suisse, en particulier dans le domaine ambulatoire. Le relevé et la mise à disposition de données sont donc prioritaires. Les résultats doivent être largement accessibles (cf. art. 32 al. 3 ci-dessus). Mais H+ juge discutable que ce principe ne soit valable que pour les analyses. Afin d'éliminer définitivement les mauvaises incitations, cette mesure devrait être généralisée.

Art. 46 al. 4$^{bis}$ et 4$^{ter}$ LAMal

Une convention tarifaire doit être approuvée dans un délai d'un an. Une seule prolongation est possible lorsque les requérants doivent compléter leur demande d'approbation dans des domaines clairement définis.

Si l'autorité d'approbation ne rend pas une décision formelle dans le délai fixé à l'al. 4$^{bis}$, la convention tarifaire entre en vigueur, pour autant que les assureurs signataires représentent la majorité des assurés et que les fournisseurs de prestations participant facturent plus de 50% du volume concerné par la convention.

Selon cette disposition, il serait possible qu'un délai, resp. une prolongation de délai accordée par l'autorité d'approbation pour aboutir à un tarif susceptible d'être approuvé, puisse s'écouler sans être utilisé. De cette façon, les critères d'examen nécessaires à l'octroi de l'approbation pourraient être contournés. Cela remettrait en cause la garantie de la conformité à la loi des tarifs LAMal. Parallèlement, il convient de préciser que l'autorité d'approbation ne peut pas fixer les critères d'examen au-delà du cadre de la loi et de la jurisprudence.

Art. 46a al. 3 LAMal

Lors de l'exercice de ses attributions (adaptation d'une convention tarifaire qui ne remplit plus les exigences légales), l'autorité compétente peut approuver ou édicter des tarifs différenciés selon les positions de la structure tarifaire ou selon les groupes de fournisseurs de prestations.

Avec cet alinéa, le Conseil fédéral pourra aussi, et indépendamment des objectifs en matière de coûts, adapter les *structures* tarifaires qui, selon lui, ne respectent plus les principes de l'équité et de l'économicité.

En outre, le Conseil fédéral sera habilité d'édicter des adaptations de tarifs en faveur ou au détriment de certains groupes de fournisseurs de prestations, par exemple en modifiant des positions tarifaires au sein d'une structure. Cela pourrait conduire à une discrimination injustifiée de certains groupes de fournisseurs de prestations et ainsi à une évaluation des prestations inadéquate

et menaçant la qualité. Les soins aux patientes et aux patients pourraient être ainsi mis en danger. Surtout, il s'agit là d'un blanc-seing pour des interventions massives dans le partenariat tarifaire, qui se voit ainsi totalement court-circuité. Une intervention légale, telle que prévue à l'art. 46a al. 3 N-LAMal, n'est pas à même de favoriser une évolution orientée sur la qualité et l'utilité mais l'entrave.

**Recommandation de H+: rejeter l'initiative et le contre-projet indirect.**

**H+ soutient les mesures de promotion de l'intégration et de la qualité:**

- Pour renforcer l'intégration des soins médicaux, l'EFAS et les forfaits ambulatoires seront de puissants incitatifs.
- Il convient d'optimiser encore le rapport coûts/bénéfice, resp. coûts/qualité (transparence des résultats, qualité de l'indication, smarter medicine / choosing wisely…).
- La qualité (de processus) et le processus de gestion améliorent la rentabilité.

## 21.3978 s Mo. Conseil des Etats (CSSS-CE). Financement durable de projets de santé publique du Concept national maladies rares

## 22.3379 n Mo. CSSS-CN. Renforcement et financement des organisations de patients dans le domaine des maladies rares

### Contenu

La **motion 21.3978 CSSS-CE** charge le Conseil fédéral de créer une base légale visant à garantir durablement la mise en œuvre des mesures du concept national maladies rares par les organisations concernées du domaine de la santé. Cette base légale doit prévoir des instruments visant à financer, en particulier, la coordination et la mise en place d'offres en matière de maladies rares, la reconnaissance de ces offres, la promotion de la qualité, la documentation, le conseil et l'information ; elle doit également servir à financer à long terme un registre national des maladies rares. Le Conseil fédéral doit coordonner ses travaux avec les cantons lors de l'élaboration du projet.
La **motion 22.3379 CSSS-CN** demande au Conseil fédéral de financer les travaux des organisations de patients dans le domaine des maladies rares.

### Chronologie

| | |
|---|---|
| 06.12.2021 : | Le Conseil des Etats (1er Conseil) adopte la motion 21.3978. |
| 07.04.2022 : | La CSSS-CN adopte la motion 21.3978 et dépose en complément la motion 22.3379. |

**H+ recommande d'adopter les deux motions.**

### Motivation

H+ partage l'avis de l'auteur de la motion 21.3978 que les mesures du concept national maladies rares visent à garantir l'accès à des offres pertinentes. Dans le rapport " Bases légales et cadre financier visant à garantir la fourniture des soins dans le domaine des maladies rares ", qu'il a publié en 2021 en réponse au postulat 18.3040, le Conseil fédéral a montré que les bases légales et les possibilités de financement à l'échelon fédéral présentaient des lacunes.

Les patients atteints d'une maladie rare qui ne bénéficient pas d'un traitement adéquat ou consultent de nombreux spécialistes en raison de l'absence de diagnostic subissent souvent des années de souffrance. En outre, la fourniture de prestations inadéquates engendre des coûts inutiles. Une coordination à l'échelle intercantonale s'avère impossible, car les instruments de planification existants sont insuffisants. Quant à une organisation exclusivement cantonale, elle n'est pas pertinente, eu égard au haut degré de spécialisation requis. En l'état, les mesures du concept national ne peuvent pas être mises en oeuvre à long terme et, partant, la situation des personnes concernées ne s'améliore pas durablement. Il s'agit de combler les lacunes actuelles en matière de fourniture de prestations au moyen de projets de soins coordonnés dans des réseaux, des centres de diagnostic et des centres de référence pour les maladies rares. Par ailleurs, le financement de la documentation spécialisée (Orphanet), des offres d'information destinées aux personnes concernées et du registre suisse des maladies rares n'est pas garanti à long terme. Or, ces mesures sont nécessaires pour une amélioration durable de la prise en charge des personnes concernées. Garantir durablement leur mise en oeuvre constitue par conséquent une tâche de santé publique pour laquelle une solution à long terme doit être trouvée à l'échelon fédéral.
Dans le rapport relatif au postulat mentionné ci-dessus, le Conseil fédéral a décrit en outre le renforcement et le financement des organisations de patients comme un champ d'action important, qui répond à l'intérêt général et à celui des payeurs de primes. L'offre en soins dans le domaine des maladies rares est aujourd'hui insuffisante – seule l'implication des personnes concernées permet de l'améliorer. Dans le Concept national maladies rares, le Conseil fédéral a reconnu cette situation. Cependant, l'implication des personnes concernées est menacée par un manque de financement. C'est pourquoi une base légale doit être maintenant créée afin que ProRaris, l'association faîtière des associations de patients atteints de maladies rares, puisse remplir ses missions en faveur de la santé et que la participation des patients au Concept national maladies rares soit garantie. La motion 22.3379, que soutient H+, poursuit précisément cet objectif.

**Recommandation de H+: accepter les deux motions.**

*Complément à l 'ordre du jour, Initiatives parlementaires 1re phase*

## 20.495 n Iv. pa. Aeschi Thomas. Relevé de la nationalité des patients hospitalisés en Suisse

### Contenu

Pour promouvoir la transparence et disposer à l'avenir de meilleures données statistiques, les bases légales doivent être adaptées de manière à relever la nationalité des patients hospitalisés en Suisse.

### Chronologie

| | |
|---|---|
| Session spéciale du Conseil national, mai 2022 : | traitement au Conseil national (premier conseil) dans le cadre des votes groupés des initiatives parlementaires, 1re phase. |

**H+ recommande de rejeter l'initiative parlementaire (ne pas donner suite) (comme la majorité de la CSSS-CN).**

### Motivation

Dans la statistique médicale, le pays d'origine des patients est indiqué au moyen des codes ISO des États (code ISO alpha 3 ; les États extra-européens sont regroupés par région). Les données de nationalité des patients hospitalisés sont donc disponibles et en principe accessibles sur demande. Ces données ne sont toutefois traitées qu'une fois par an. Elles ne sont pas disponibles en "temps réel", comme c'est le cas par exemple pour l'occupation des lits de soin intensifs. Or, ce n'est pas l'objectif de la Iv. pa. Elle est superflue, car la base légale pour le relevé de la nationalité des patients hospitalisés existe déjà.

**H+ recommande : ne pas donner suite à l'initiative parlementaire (comme la majorité de la CSSS-CN).**

## 21.407 n Iv. pa. Groupe V. Loi sur les épidémies. Garantir la participation du Parlement aux décisions

### Contenu

La modification proposée de la LEp vise à garantir que le Parlement soit associé aux décisions dans les situations particulières. Durant la pandémie de COVID-19, il est apparu à plusieurs reprises que le Conseil fédéral ne se conformait pas aux décisions et déclarations du Parlement et prenait par voie d'ordonnance des mesures ne respectant pas la volonté expresse de ce dernier.
La modification proposée permettra au Parlement d'examiner après coup les ordonnances et les décisions de portée générale édictées ou prises par le Conseil fédéral dans les situations particulières. Les délais prévus garantissent l'association du Parlement aux décisions sans que cela prenne trop de temps et restreigne trop fortement la capacité d'action du gouvernement. Comme les compétences du Conseil fédéral dans les situations extraordinaires dérivent du droit d'urgence prévu aux art. 184 et 185 de la Constitution, il y a lieu de renoncer à un droit de veto du Parlement dans les situations extraordinaires.

### Chronologie

| | |
|---|---|
| Session spéciale du Conseil national, mai 2022 : | traitement au Conseil national (premier conseil) dans le cadre des votes groupés des initiatives parlementaires, 1re phase. |

**H+ recommande de rejeter l'initiative parlementaire (comme la majorité de la CIP-N).**

**Motivation**

A la demande du Conseil fédéral, l'OFSP, auquel sont associées les parties prenantes concernées, révise actuellement la loi sur les épidémies (LEp) ainsi que d'autres structures ordinaires garantissant la gestion de futures situations pandémiques. Ces travaux sont en cours depuis 2021. Le projet sera vraisemblablement mis en consultation mi-2023. La transmission du message au Parlement a lieu en principe un an plus tard.
Dans le cadre de l'évaluation de la demande de révision, une analyse complète a été menée, incluant des objets parlementaires. L'examen et, le cas échéant, l'adaptation des compétences et des responsabilités font partie de la demande du Conseil fédéral. Il n'est donc pas judicieux d'interférer dans ce projet avec une initiative parlementaire réclamant une modification anticipée de la LEp.
Le Parlement aura tout loisir de faire figurer ses prérogatives (possibilité d'examen après coup et droit de véto.) dans le cadre de la procédure parlementaire consacrée à la révision de la LEp. H+ estime que la modification proposée remet en question la séparation des pouvoirs, resp. mine sa fonction.

**H+ recommande de rejeter l'initiative parlementaire (comme la majorité de la CIP-N).**