

BGer 2C_73/2025 vom 9. Oktober 2025

Bundesgericht, 2025-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_2C_73_2025

FR: TF 2C_73/2025 du 9 octobre 2025

IT: TF 2C_73/2025 del 9 ottobre 2025

Erwägungen

E. 1.1

L'arrêté contesté - qui fixe, comme son titre l'indique, les contributions résiduelles que doivent verser les pouvoirs publics pour les coûts des soins à domicile conformément à l'art. 25a al. 5 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) - est un acte normatif cantonal valaisan (cf. ATF 135 V 309 consid. 1.2; aussi arrêt 2C_228/2011 du 23 juin 2012 consid. 1.1) qui ne peut faire l'objet d'aucun moyen de droit de niveau cantonal (cf. art. 72 ss de la loi cantonale valaisanne du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administrative [LPJA/VS; RS/VS 172.6]). Partant, il est directement attaquant par un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral (art. 82 let. b et 87 al. 1 LTF), étant précisé que la liste des exceptions de l' art. 83 LTF ne s'applique pas aux recours dirigés contre des actes normatifs (cf. ATF 145 I 26 consid. 1.1).

E. 1.2

En tant que l'arrêté querellé fixe les coûts facturables pour les soins à domicile fournis dans le canton du Valais et les contributions résiduelles à payer à ce titre par le canton et les communes (cf. art. 1), il touche directement chacune des entreprises recourantes, qui constituent toutes des organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD) autorisées à pratiquer dans le canton. Ces dernières ont dès lors qualité pour agir contre lui sous l'angle de l' art. 89 al. 1 LTF .

E. 1.3

Les recourantes ont enfin déposé leur recours commun dans les formes requises (art. 42 LTF) et en temps utiles compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 100 al. 1 en lien avec l' art. 46 al. 2 let . c LTF, à savoir dans un délai de 30 jours, suspendu entre les 18 décembre 2024 et le 2 janvier 2025, dès la publication de l'arrêté au Recueil officiel des lois cantonales valaisannes en date du 23 décembre 2024 (cf. RO/AGS 2024-143). Il convient dès lors d'entrer en matière, sous réserve de ce qui suit.

E. 1.4

En l'occurrence, les recourantes concluent formellement à l'annulation de l'entier de l'arrêté querellé. Une telle conclusion, purement cassatoire, est dans son principe recevable en cas de recours abstrait contre un acte normatif, le Tribunal fédéral ne pouvant pas, s'il admet le recours, réformer celui-ci et se substituer de cette façon au pouvoir législatif (cf. notamment ATF 143 I 137 consid. 2.2). Cela étant, il faut constater que les griefs que les intéressées soulèvent dans leurs écritures contre l'arrêté cantonal sont exclusivement dirigés contre les règles régissant la facturation et le financement résiduel des prestations de soins à domicile applicables aux OSAD dites "standards" posées à l'art. 2, al. 1 et 2, et à l'art. 3, al. 1 et 2, de l'arrêté. Autrement dit, dans la motivation de leur recours, les intéressées ne contestent nullement les dispositions de l'arrêté applicables aux autres prestataires de soins à domicile,

tels que les infirmières et infirmiers indépendants ou les OSAD fournissant des soins uniquement en appartement à encadrement médico-social [In-House Spitex]. La Cour de céans se cantonnera dès lors à examiner la conformité au droit des seuls quatre alinéas précédemment énumérés, dès lors qu'ils sont les seuls à faire l'objet de griefs motivés de la part des recourantes en conformité avec l' art. 42 al. 1 et 2 LTF et qu'ils apparaissent comme les seuls à être effectivement contestés par ces dernières (cf., pour un cas similaire, arrêt 2C_587/2023 du 30 janvier 2025 consid. 1.4, non publié in ATF 151 I 113).

E. 2.1

Saisi d'un recours en matière de droit public, le Tribunal fédéral contrôle librement le respect du droit fédéral, y compris des droits de nature constitutionnelle, ainsi que celui des droits constitutionnels cantonaux et du droit intercantonal (art. 95 let. a, c et e LTF; art. 106 al. 1 LTF). Le recours devant le Tribunal fédéral ne peut en revanche pas être formé pour violation du droit cantonal en tant que tel. Il est à cet égard tout au plus possible de faire valoir que la mauvaise application du droit cantonal constitue une violation du droit fédéral, en particulier qu'elle est arbitraire au sens de l' art. 9 Cst. ou contraire à d'autres droits constitutionnels (ATF 145 I 108 consid. 4.4.1 et les arrêts cités). Conformément à l' art. 106 al. 2 LTF , le Tribunal fédéral n'examine par ailleurs la violation de droits fondamentaux, ainsi que celle de dispositions de droit (constitutionnel) cantonal et intercantonal, que si ce grief a été invoqué et motivé par la partie recourante, c'est-à-dire s'il a été expressément soulevé et exposé de façon claire et détaillée (ATF 142 III 364 consid. 2.4; 141 I 36 consid. 1.3).

E. 2.2

Dans le cadre d'un contrôle abstrait des normes cantonales, le Tribunal fédéral s'impose une certaine retenue eu égard notamment aux principes découlant du fédéralisme et à la proportionnalité. Dans ce contexte, il est décisif que la norme mise en cause puisse, d'après les principes d'interprétation reconnus, se voir attribuer un sens compatible avec les dispositions du droit supérieur invoquées (cf. ATF 148 I 160 consid. 2; 145 I 73 consid. 2). Pour en juger, il faut notamment tenir compte de la portée de l'atteinte aux droits fondamentaux invoqués, de la possibilité d'obtenir ultérieurement, par un contrôle concret de la norme, une protection juridique suffisante, ainsi que des circonstances dans lesquelles ladite norme sera appliquée (ATF 148 I 160 consid. 2; 144 I 306 consid. 2; 140 I 2 consid. 4). Ce faisant, le juge ne doit pas se borner à traiter le problème de manière purement abstraite, mais il lui incombe de prendre en compte dans son analyse la vraisemblance d'une application conforme au droit supérieur. Les explications de l'autorité cantonale sur la manière dont elle envisage d'appliquer la disposition contestée doivent également être prises en considération. Si une réglementation de portée générale apparaît comme défendable au regard des droits fondamentaux en cause dans des situations normales, telles que le législateur pouvait les prévoir, l'éventualité que, dans certains cas, son application puisse se révéler contraire aux droits fondamentaux ne saurait en principe justifier une intervention du juge au stade du contrôle abstrait des normes (cf. ATF 148 I 160 consid. 2; 145 I 73 consid. 2; 140 I 2 consid. 4).

E. 2.3

En cas de recours direct contre un acte normatif cantonal dans le cadre d'un contrôle abstrait (art. 87 al. 1 LTF), comme en l'espèce, il manque généralement un état de fait précisément établi par l'autorité précédente. Dans ce cas, le Tribunal fédéral peut être amené à établir les

faits de manière autonome, dans la mesure où cela est nécessaire pour le jugement de la cause, en se fondant notamment sur les offres de preuve des parties, les communiqués officiels et les faits notoires (cf. art. 55 al. 1 LTF renvoyant aux art. 36, 37 et 39 à 65 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [PCF; RS 273]; aussi ATF 149 I 105 consid. 2.3; aussi arrêt 2C_810/2021 du 31 mars 2023 consid. 3.3, non publié in ATF 149 I 191).

E. 3

Le litige porte sur la conformité au droit d'un arrêté cantonal fixant les coûts facturables lors de prestations de soins de longue durée prodigués sous forme ambulatoire à des personnes domiciliées en Valais, ainsi que les contributions résiduelles à verser par les pouvoirs publics pour de telles prestations. Avant d'examiner les griefs formulés par les recourantes à l'encontre de cet arrêté, il convient de présenter brièvement le cadre légal tant fédéral (cf. infra consid. 3.1 s.) que cantonal (cf. infra consid. 3.3 s.) de cette problématique.

E. 3.1

En droit fédéral, le financement des soins ambulatoires de longue durée en cas de maladie, que ce soient ceux dispensés dans des structures de soins de jour ou de nuit, dans des établissements médico-sociaux (EMS) ou à domicile, est réglé dans son principe par l'art. 25a LAMal . Cette disposition répartit la charge des frais de tels soins sur trois débiteurs. Premièrement, il appartient à l'assurance obligatoire des soins de fournir une contribution financière aux soins dispensés (part de l'assureur ; cf. art. 25a al. 1 et 4 LAMal). S'agissant en particulier des soins effectués hors établissement médico-social (EMS), le Département fédéral de l'intérieur a fixé des tarifs horaires différenciés selon le type de prestations dispensées, à savoir 76 fr. 90 pour l'évaluation, les conseils et la coordination, 63 fr. pour les examens et les traitements et, enfin, 52 fr. 60 pour les soins de base (cf. art. 7a al. 1 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS; RS 832.112.31], sur délégation de l'art. 33 let. b et i de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal; RS 832.102]). Deuxièmement, la personne assurée elle-même peut être appelée à supporter une partie des coûts non pris en charge par les assurances sociales (part de l'assuré). Pour éviter qu'une charge financière démesurée ne pèse sur elle, l'art. 25a al. 5, 1re phrase, LAMal fixe néanmoins un plafond maximal à cette participation, correspondant à 20 % au plus de la contribution maximale versée par l'assureur social, les cantons étant libres d'adopter une solution plus favorable aux assurés. Tel est partiellement le cas du canton du Valais qui, comme on le verra, a notamment choisi de libérer ceux-ci de toute obligation de financer personnellement leurs soins de longue durée fournis à domicile, mais pas forcément ceux fournis en EMS (cf. infra consid. 3.3). Troisièmement, le reste des frais qui ne sont couverts ni par l'assureur ni par l'assuré doit être supporté par les collectivités publiques, soit par le canton et/ou, si ce dernier décide de les mettre (également) à contribution, par les communes, ce conformément l'art. 25a al. 5, 2e phrase, LAMal. On parle alors de la part (ou contribution) résiduelle - ou du financement résiduel - incombant à l'État (cf. ATF 147 V 450 consid. 4 144 V 280 consid. 3.3; 138 I 410 consid. 4.2; arrêts 9C_770/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.1.1; 2C_642/2018 du 29 mars 2019 consid. 4.1).

E. 3.2

Le Tribunal fédéral a précisé que le droit fédéral imposait aux cantons de couvrir le coût résiduel des soins de tous les fournisseurs autorisés à facturer leurs prestations à

l'assurance-maladie obligatoire, sans autres conditions (ATF 142 V 94 consid. 5.3; 141 V 446 consid. 7.4; arrêt 9C_176/2016 du 21 février 2017 consid. 3.1 et 3.2). Ainsi, une fois qu'un fournisseur de prestations a été autorisé à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, un canton ne peut plus assujettir l'éventuel financement résiduel de ses prestations à d'autres conditions, comme une reconnaissance d'utilité publique. Il en résulte qu'un canton qui ne prendrait pas ou pas entièrement à sa charge le coût résiduel des soins dispensés par certains fournisseurs de prestations de soins à domicile pourtant autorisés à pratiquer sur son territoire violerait le droit fédéral (ATF 147 V 450 consid. 4.1; 138 I 410 consid. 4.2 et 4.3). Avant de retenir une telle incompatibilité avec le droit fédéral, il faut néanmoins encore déterminer si le financement résiduel cantonal, additionné à la participation de l'assureur-maladie et à l'éventuelle part de l'assuré, ne suffit véritablement pas à couvrir le coût des prestations dispensées par les fournisseurs de soins concernés, sachant que ceux-ci n'ont pas forcément droit, en vertu du droit fédéral, à la prise en charge de tous leurs coûts effectifs, sans considération du principe de l'économicité des prestations (cf. art. 32 al. 1 LAMal). En effet, ce principe exige de faire en sorte que les besoins en soins susceptibles d'être pris en charge soient couverts de la manière la plus économique possible. Dans ce contexte, il est admis que les cantons disposent d'une grande marge d'appréciation s'agissant des modalités de prise en charge de la part cantonale et qu'ils peuvent dans ce cadre préférer une couverture globale à une prise en charge individualisée par prestataire de soins, étant entendu qu'une telle manière de faire est susceptible d'inciter les établissements trop dispendieux à adapter le coût et l'efficacité de leurs prestations aux méthodes pratiquées par la majorité (arrêts 2C_727/2011 du 19 avril 2012 consid. 6.3.1, non publié in ATF 138 II 191 ; 2C_728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 4.1 s.). L' art. 25a al. 5 LAMal ne fait en ce sens pas obstacle, par exemple, à la fixation de tarifs forfaitaires par les cantons, en dépit du schématisme inhérent à un tel procédé (ATF 147 V 450 consid. 4.1; 144 V 280 consid. 7.2; 138 I 410 consid. 4.2; arrêts 9C_770/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.1 et les références citées).

E. 3.3

En Valais, le législateur cantonal a concrétisé l' art. 25a LAMal par l'adoption des art. 18 à 21 de la loi cantonale du 14 septembre 2022 sur les soins de longue durée (LSLD/VS; RS/VS 805.1). Il y est notamment prévu que le canton fixe les coûts facturables - c'est-à-dire les coûts horaires - par catégorie de prestataires et de soins. Les assurés sont en outre dispensés de participer à leur couverture lorsque les soins considérés sont dispensés par des organisations de soins et d'aide à domicile, dans des structures de soins de jour ou de nuit ou, alors, en EMS ou dans des lits hospitaliers relevant des articles 49 alinéa 4 et 50 LAMal, si, dans ces deux derniers cas, ils sont au bénéfice de l'aide sociale ou s'ils disposent d'une fortune nette imposable inférieure à 100'000 fr. (cf. art. 19 al. 1, 20 al. 2 et 21 al. 1 LSLD/VS). Dans toutes ces hypothèses, la contribution résiduelle des pouvoirs publics, répartie à raison de 70 % et 30 % entre le canton et les communes, doit correspondre à la différence entre les coûts facturables et le financement des assureurs-maladie, en l'absence de toute part des assurés.

E. 3.4

Le Conseil d'État est appelé à mettre en oeuvre ce mandat en adoptant un arrêté annuel, ce conformément à l'art. 21 al. 2 de l'ordonnance cantonale du 15 octobre 2014 sur la planification et le financement des soins de longue durée (RS/VS 805.10). L'arrêté litigieux, adopté en date du 18 décembre 2024, correspond à celui valable pour l'année 2025. Il fixe

notamment les coûts facturables pour les prestations de soins de base fournies par les organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD) - telles que les recourantes - à 75 fr. 10 ou 70 fr. par heure, selon que lesdites organisations appliquent ou non la convention collective de la branche dite "CCT soins longue durée" ("convention collective de travail du personnel soins longue durée" [ci-après: CCT-SLD]; cf. art. 2 al. 1 et 2 de l'arrêté). Les contributions résiduelles à verser par l'État pour de tels soins ont pour leur part été fixées à, respectivement, 22 fr. 50 ou 17 fr. 40 par heure (cf. art. 3 al. 1 et 2 de l'arrêté; soit 15 fr. 75 ou 12 fr. 20 pour les cantons et 6 fr. 75 ou 5 fr. 20 pour les communes).

E. 4

Dans un premier grief, les recourantes prétendent que les tarifs susmentionnés, qui auraient été établis de manière arbitraire selon elles, violeraient l'art. 25a al. 5 LAMal dans la mesure où ils réduiraient de 18.6 % la part résiduelle que doit verser le canton pour les soins de base fournis à domicile. En effet, pour les OSAD n'appliquant pas la CCT-SLD, la contribution des cantons et des communes pour de telles prestations passerait d'un montant de 21 fr. 40 par heure, valable jusqu'à fin 2023, à un montant de 17 fr. 40 par heure.

E. 4.1

Il ressort des pièces fournies à la fois par les recourantes et le Conseil d'État valaisan que celui-ci a utilisé une nouvelle méthode d'évaluation des coûts pour établir l'arrêté attaqué et déterminer ainsi les coûts maximum facturables par les fournisseurs de soins à domicile et, par voie de conséquence, les contributions résiduelles que le canton et les communes doivent potentiellement leur verser à ce titre (cf. Service de la santé de l'État du Valais, Modèle de financement des soins à domicile, Descriptif général, non daté). Plusieurs changements ont ainsi été apportés par rapport au régime antérieur. Tout d'abord, le canton a fait le choix d'estimer de manière différenciée les coûts facturables en fonction des divers types de fournisseurs de soins à domicile existant sur le marché, afin de mieux tenir compte de leurs diversités de fonctionnement et de travail. Ce faisant, il a fixé trois catégories de fournisseurs de prestations : tout d'abord, les organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD) dites standards, auxquelles appartiennent les recourantes, puis les OSAD fournissant des soins uniquement en appartement à encadrement médico-social (In-House Spitex) et, enfin, les infirmières et infirmiers indépendants. Parallèlement, il a choisi d'estimer les coûts des trois types de prestations de soins à domicile prévus par le droit fédéral (cf. supra consid. 3.1) en tenant compte des divers profils professionnels généralement requis pour les réaliser. S'agissant plus particulièrement des coûts facturables - ou tarifs - pour les soins dits "de base" fournis par les OSAD (par opposition aux prestations d'évaluation, de conseils et de coordination et aux examens et traitements), qui sont ceux principalement contestés par les recourantes, le canton est par exemple parti de l'idée que de telles prestations étaient dispensées à raison de 15 % par du personnel tertiaire, 25 % par du personnel secondaire et 60 % par du personnel, moins bien formé, dit "d'assistance qualifié". Comme ces différents profils professionnels coûtaient, respectivement, 64 fr. 33, 56 fr. 83 et 48 fr. 91 par heure au regard des salaires moyens résultant de la CCT-SLD, d'un taux de charges sociales patronales d'environ 17.5 % et de 14 jours d'absence pour cause de formation (2 jours) et de maladie (12 jours), il en résultait un "coût horaire de base" pour le personnel de 53 fr. 20 pour les soins à domicile de base. Ce montant horaire devait ensuite encore être majoré de 13 % - correspondant à 6 fr. 91 - afin couvrir les frais généraux d'infrastructure et d'administration des OSAD, avant d'être encore rehaussé d'un autre supplément de 14 fr. 94 pour prendre également en compte que chaque

heure de soins de base implique en moyenne 5,1 minutes de travail d'administration et de coordination (téléphone avec les médecins, coordination avec d'autres professionnels de la santé, accompagnement des familles, etc.), 7,3 minutes de déplacement et des frais de déplacement à hauteur de 2 fr. 52 (3,6 km à 70 ct/km). Il s'agissait là de frais qui n'étaient pas directement facturables au titre de prestation de soins, mais qu'il fallait néanmoins prendre en considération dans l'estimation des coûts effectifs à couvrir ([12,4 min à 60 fr. 11/h] + 2 fr. 52). C'est sur cette base que le Conseil d'État a fixé le coût facturable pour les soins de base à domicile à 75 fr. 10 pour les OSAD standards appliquant la CCT-SLD (53 fr. 20 + 6 fr. 91 + 14 fr. 94). Il en découlait logiquement un financement résiduel de 22 fr. 50 à payer par le canton et les communes pour ce type de prestations, après déduction de la part des assurances-maladie fixée à 52 fr. 60 (cf. supra consid. 3.1). S'agissant des OSAD n'appliquant pas la convention collective précitée, ces mêmes coûts et contributions ont en revanche été estimés, respectivement, à 70 fr. et 17 fr. 40, en raison d'un abattement forfaitaire de 7 % appliqué sur le "coût horaire de base" pour le personnel, normalement fixé à 53 fr. 20, qui s'est ainsi vu réduit à 49 fr. 50 par heure s'agissant des prestations de soins de base (49 fr. 50 + 6 fr. 44 + 11 fr. 56 [12,4 min à 55 fr. 94/h] + 2 fr. 52).

E. 4.2

Sur le vu de ce qui précède, il faut constater que le Conseil d'État valaisan s'est efforcé de tenir compte des différents coûts que pouvaient induire les prestations de soins à domicile - et notamment ceux dits "de base" - au moment de déterminer les coûts facturables à ce titre par les OSAD et, dans la foulée, les contributions résiduelles qui leur étaient liées et que devait verser l'État. Pour ce faire, il s'est fondé sur diverses données statistiques concernant soit les OSAD standards valaisannes en général, soit les seules OSAD dites "publiques" ou "parapubliques" ayant conclu un mandat de prestations avec l'État (soit les centres médico-sociaux ou CMS). Il est ici précisé que, selon les allégations du Conseil d'État, non contestées par les recourantes, les OSAD standards privées n'ont de leur côté jamais fourni aucune donnée documentée permettant d'améliorer la transparence de leurs coûts respectifs, pas même durant la phase de consultation. Les recourantes ne l'ont pas davantage fait dans le cadre de la présente procédure. En l'état, contrairement à ce que prétendent celles-ci, rien ne permet donc de conclure que l'arrêté attaqué violerait l' art. 25a al. 5 LAMal en fixant les coûts facturables pour les soins de base fournis par les OSAD standards à 75 fr. 10 ou 70 fr. et la part résiduelle due par l'État à 22 fr. 50 ou 17 fr. 40 selon que les entreprises bénéficiaires appliquent ou non la CCT-SLD. On ne voit en effet pas en quoi ces montants ne couvriraient pas les coûts potentiels des prestations concernées estimés de manière économique (cf. supra consid. 3.2). Contrairement à ce que prétendent les recourantes, le simple fait que le tout dernier montant mentionné soit inférieur à la contribution résiduelle versée en 2024 n'est nullement propre à démontrer que le nouveau tarif ne permettrait pas de couvrir de tels coûts. Ce genre de présupposé pourrait tout au plus s'imposer s'il était démontré que l'ancien tarif suffisait déjà à peine à les couvrir, ce que les recourantes ne prétendent pas du tout dans leurs écritures. Celles-ci se contentent finalement d'affirmer que, plus basse qu'auparavant s'agissant des soins dits "de base", la nouvelle tarification valaisanne des coûts facturables et des contributions résiduelles entraînerait une perte financière massive pour elles. Une telle critique ne suffit toutefois pas à démontrer une violation de l' art. 25a al. 5 LAMal . Elle omet du reste de manière malvenue que le montant des contributions résiduelles a augmenté pour les deux autres types de prestations de soins à domicile, ce qui pourrait conduire - à suivre les calculs du canton non contestés par les recourantes - à une augmentation de leurs recettes totales, à tout le moins si elles devaient

appliquer les conditions de la CCT-SLD et ainsi profiter du tarif préférentiel prévu par l'arrêté.

E. 4.3

Enfin, dans la mesure où les recourantes affirment que certaines étapes de la méthode de calcul des contributions résiduelles appliquée par le Conseil d'État seraient arbitraires, elles perdent de vue que de telles critiques méthodologiques ne suffisent pas à elles seules à démontrer une violation de l' art. 25a al. 5 LAMal , soit que le montant des dites contributions ne permettrait en pratique pas de couvrir les frais effectifs liés aux prestations fournies. Ainsi en va-t-il en particulier lorsqu'elles soutiennent que le Conseil d'État aurait dû calculer les coûts des soins à domicile de base en tenant compte du renchérissement des salaires de 0,8 % prévu par la CCT-SLD pour l'année 2025 et d'un taux de charges sociales moyen de 21,5 % correspondant à celui supporté par les CMS soumis à cette CCT, et non celui de 17,5 % prévalant en moyenne pour les OSAD privés, ainsi que lorsqu'elles se prévalent d'un taux d'absentéisme pour cause de maladie de 16 jours - plutôt que de 12 jours - résultant du fait que le personnel dans le domaine des soins à domicile est essentiellement féminin. On peut en effet présumer que le nouveau tarif n'empêche en rien la couverture de telles charges salariales et sociales supplémentaires, dès lors que le coût horaire moyen du personnel de 53 fr 20 sur lequel s'est fondé le Conseil d'État pour fixer les contributions résiduelles pour les soins dits "de base" est largement supérieur au salaire brut horaire moyen découlant de la CCT-SLD s'agissant du personnel d'assistance qualifié généralement chargé de dispenser de tels soins (soit 48 fr. 91; cf. supra consid. 4.1). De même, les recourantes se plaignent en vain du fait que le Conseil d'État soit parti du postulat selon lequel les OSAD standards privées n'étaient, en règle générale, pas actives le dimanche, les jours fériés et la nuit, contrairement à d'autres prestataires de soins, et qu'elles devaient généralement effectuer moins de travail d'administration, de coordination et de déplacements que les OSAD publiques et parapubliques au bénéfice d'un mandat de prestations avec l'État (centres médico-sociaux ou CMS). Elles n'ont en effet produit aucun document contredisant ces présupposés, qui reposent sur une expérience généralement admise, étant entendu que, contrairement aux CMS, les OSAD privés peuvent refuser les clients éloignés de leur centre d'activité, de même que les cas complexes, qui impliquent en principe de nombreuses heures non facturables au titre de soins (cf., à titre de comparaison, arrêt 9C_672/2021 du 19 juillet 2023 consid. 4.4), et qui semblent également corroborés - du moins en partie - par la statistique cantonale, non contestée par les recourantes, selon laquelle les CMS effectuent en moyenne 58 heures de soins par client par an, contre 98 heures pour les OSAD privés.

E. 4.4

Il s'ensuit que le recours est mal fondé en tant qu'il se plaint que l'arrêté contesté violerait - et ce même d'une manière arbitraire - l' art. 25a LAMal .

E. 5

Les recourantes estiment que l'arrêt contesté introduirait une différence de traitement injustifiée en prévoyant des contributions résiduelles plus basses pour les OSAD qui n'appliquent pas les conditions de travail de la CCT-SLD par rapport à celles qui respectent cette dernière. Elles y voient une inégalité de traitement contraire à l' art. 8 al. 1 Cst. d'autant plus patente qu'il leur serait impossible de faire constater leur choix d'appliquer la CCT-SLD par l'État en l'absence de possibilité d'adhérer à celle-ci et de base légale claire

réglant une procédure de reconnaissance d'équivalence des conditions de travail.

E. 5.1

Une décision viole le principe de l'égalité de traitement consacré à l' art. 8 al. 1 Cst. lorsqu'elle établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à réglementer ou qu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, c'est-à-dire lorsque ce qui est semblable n'est pas traité de manière identique et ce qui est dissemblable ne l'est pas de manière différente (ATF 148 I 271 consid. 2.2; 144 I 113 consid. 5.1.1; 142 V 316 consid. 6.1.1). L'inégalité de traitement apparaît ainsi comme une forme particulière d'arbitraire, consistant à traiter de manière inégale ce qui devrait l'être de manière semblable ou inversement (ATF 146 II 56 consid. 9.1; 142 V 316 consid. 6.1.1; 137 I 167 consid. 3.5).

E. 5.2

L'arrêté attaqué admet effectivement des coûts facturables plus élevés - et, partant, fixe des contributions résiduelles plus importantes - pour des prestations de soins de longue durée lorsque ceux-ci sont fournis par des OSAD standards appliquant la CCT-SLD que lorsqu'ils le sont par des OSAD n'en respectant pas les conditions. L'écart de tarification, qui s'élève à environ 6,5 % s'agissant des coûts facturables, résulte d'un abattement de 7 % opéré sur l'estimation du "salaire brut horaire" du personnel dans le cadre du calcul des coûts afférant aux divers types de soins (cf. supra consid. 4.1 in fine). Cet abattement est censé refléter le fait que les OSAD qui n'appliquent pas les conditions de la CCT-SLD supportent des charges de personnel différentes de celles qui ne s'y conforment pas. Selon la statistique de l'aide et des soins à domicile 2023 de l'OFS, l'écart entre les salaires de l'ensemble des OSAD privées valaisannes et les salaires des CMS parties prenantes de la CCT-SLD s'élèverait d'ailleurs à 12 %, ce qui s'explique notamment par le fait que les premières versent des salaires inférieurs à ceux prévus par cette convention collective. Or, il faut admettre que le fait que certaines OSAD privées paient moins bien leur personnel de soins en n'appliquant pas la CCT-SLD peut justifier, sur le principe, une différence de traitement dans le financement résiduel imposé aux cantons au sens de l' art. 25a LAMal , dans la mesure où cette disposition, interprétée sous l'angle du principe de l'économicité, oblige ces derniers à couvrir uniquement le coût standard réel des prestations de soins à domicile (cf. supra consid. 3.2; aussi arrêt 9C_672/2021 du 19 juillet 2023 consid. 4.3.4). Dans cette logique, l'arrêté attaqué prévoit du reste également que les infirmières et infirmiers indépendants, tout comme les OSAD fournissant des soins uniquement en appartement à encadrement médico-social (In-House Spitex), bénéficient d'un financement résiduel moindre par rapport aux OSAD, du fait que leurs structures de coûts sont différentes de celles de ces dernières, ce qui est admissible sous l'angle de l'égalité de traitement (cf. arrêt 9C_672/2021 précité consid. 4.4.2).

E. 5.3

À cela s'ajoute que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de souligner qu'il était admissible de faire varier les montants du financement résiduel dû par le canton en fonction du respect ou non des conditions de travail fixées par l'éventuelle CCT cantonale existant dans le domaine des soins, ce afin de favoriser une application large des conventions collectives de travail, tant et aussi longtemps qu'aucune adhésion à la CCT considérée n'était exigée et que le tarif réduit permettait aussi de couvrir les frais effectifs encourus (cf. arrêts 2C_727/2011 du 19 avril 2012 consid. 6.2, non publié in ATF 138 II 191 ; aussi 2C_642/2018 du 29 mars

2019 consid. 5.1 et 2C_728/2011 du 23 décembre 2011 consid. 7.3 et 7.4), ce dont il n'y a pas lieu de douter en l'occurrence (cf. supra consid. 4.4). Sous cet angle, on ne voit pas que l'arrêté attaqué créerait une différence de traitement injustifiée entre les OSAD appliquant ou non la CCT-SLD.

E. 5.4

Il est pour le reste vrai qu'une simple lecture de l'arrêté ne permet pas de savoir sans hésitation ce que doivent entreprendre les OSAD privées sur le plan matériel et procédural pour que le canton considère qu'elles "appliquent" la CCT-SLD et qu'elles puissent dès lors profiter du tarif le plus élevé en matière de contributions résiduelles. Aucune directive et réglementation d'exécution n'a apparemment encore été adoptée à cet égard. En l'état, il ressort tout au plus des pièces du dossier que le canton aurait déclaré, après avoir rapidement procédé à des reconnaissances provisoires, qu'il s'agirait de respecter l'ensemble des conditions de travail prévues par cette convention collective et, a priori, de procéder à une déclaration unilatérale d'adhésion à ses conditions, assortie du versement de cotisations à la commission paritaire, afin que celle-ci puisse effectuer les contrôles nécessaires. La procédure dépendrait ainsi encore de l'accord des partenaires de la convention qui sont censés accepter une telle manière de faire. Cette seule insécurité juridique ne permet toutefois pas de remettre en cause la conformité de l'arrêté attaqué au droit supérieur et, notamment, au principe de l'égalité de traitement. Celui-ci n'exige en effet pas que la loi règle la totalité des problèmes pouvant se poser en relation avec son application. Un tel principe vaut d'autant plus dans le cadre d'un recours dirigé directement contre un acte normatif cantonal, dont les problèmes d'application peuvent non seulement être solutionnés a posteriori par une réglementation d'exécution, voire de simples directives, mais aussi donner lieu à des recours concrets dans le cadre desquels une éventuelle violation du droit supérieur - y compris de l'égalité de traitement - peut encore être invoquée (cf. supra consid. 2.2).

E. 5.5

Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé en tant qu'il invoque une violation du droit à l'égalité de traitement consacré par l' art. 8 al. 1 Cst.

E. 6

Les recourantes font enfin valoir que l'arrêté attaqué serait contraire au droit cantonal supérieur dans la mesure où la loi cantonale sur les soins de longue durée (LSLD/VS) dont il dépend aurait essentiellement pour but d'assurer un approvisionnement en soins suffisant et de qualité, sans fixer aucun but d'ordre syndical ou de protection des travailleurs. Ce faisant, elles ne soulèvent toutefois aucune violation du principe de l'interdiction de l'arbitraire au sens de l' art. 9 Cst. , alors même que le Tribunal fédéral ne peut vérifier le respect d'une loi cantonale que sous cet angle étroit. Il faut en conclure que leur grief ne respecte ainsi pas les exigences de motivation accrue prévues à l' art. 106 al. 2 LTF et qu'il n'est, partant, pas admissible dans le cadre de la présente procédure (cf. supra consid. 2.1).

E. 7

Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours, dans la mesure où il est recevable. Les recourantes qui succombent doivent supporter les frais judiciaires (art. 66 al. 1 et 5 LTF). Il n'est pas alloué de dépens (art. 68 al. 3 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.