

10.431

Initiative parlementaire

Coma éthylique. Aux personnes en cause de payer les frais des séjours hospitaliers et en cellule de dégrisement!

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

du 17 avril 2015

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous soumettons un projet de modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie¹, que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La commission propose d'adopter le projet d'acte ci-joint.

17 avril 2015

Au nom de la commission

Le président: Guy Parmelin

¹ RS 832.10

Rapport

1 Genèse du projet

Le 19 mars 2010, le conseiller national Toni Bortoluzzi (UDC, ZH) a déposé au Conseil national l'initiative parlementaire «Coma éthylique. Aux personnes en cause de payer les frais des séjours hospitaliers et en cellule de dégrisement!» (10.431). L'initiative demande une réforme de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)² – et d'autres lois, le cas échéant – de sorte que les soins médicaux d'urgence requis par la consommation excessive d'alcool et de drogue soient entièrement à la charge des personnes qui s'y adonnent ou de leurs représentants légaux. L'initiative parlementaire requiert en outre que les personnes en cause ou leurs représentants légaux assument eux-mêmes les coûts des séjours dans une cellule de dégrisement.

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a examiné l'initiative parlementaire lors des séances du 18 février 2011 et du 13 mai 2011. Elle a décidé d'y donner suite par 14 voix contre 11 et 1 abstention. La commission homologue du Conseil des Etats (CSSS-E) s'est ralliée à cette décision par 7 voix contre 2 lors de sa séance du 24 janvier 2012.

Lors de sa séance du 29 février 2012, la CSSS-N a chargé sa sous-commission «LAMal»³ d'élaborer un projet de mise en œuvre de l'initiative. La sous-commission a elle-même fait appel à des experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). A une première séance, le 2 juillet 2012, elle a décidé de procéder à une longue série d'auditions concernant les revendications de l'initiative. Elle a par la suite entendu, le 10 octobre 2012, des représentants des hôpitaux – en particulier des services d'urgence –, de la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool, des services de santé de la Ville de Zurich, de la police de la Ville de Zurich et d'Addiction Suisse. Elle a également pris connaissance de plusieurs rapports qu'elle avait préalablement commandés à l'administration fédérale.

Lors de sa séance du 27 février 2013, la sous-commission a approuvé un avant-projet à l'intention de la CSSS-N, projet qui portait exclusivement sur la consommation excessive d'alcool.

Le 15 août 2013, la Commission a refusé par 13 voix contre 11 de n'introduire les mesures que sous la forme d'un projet pilote et a décidé par 14 voix contre 9 et 1 abstention d'entrer en matière sur l'avant-projet de la sous-commission.

Le 24 octobre 2013, la CSSS-N a approuvé au vote sur l'ensemble, par 16 voix contre 8, l'avant-projet de sa sous-commission, après y avoir apporté quelques corrections. Elle a chargé son secrétariat d'élaborer un rapport explicatif en collaboration avec l'administration. Dans le même temps, elle a déposé un postulat de commission (13.4007) sur la question de la prise en charge des coûts des séjours en cellule de dégrisement.

² RS 832.10

³ *Humbel*, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert

Enfin, le 27 juin 2014, la commission a décidé, sans opposition, de mettre le projet en consultation. La procédure de consultation s'est achevée le 31 octobre 2014. Lors de sa séance du 17 avril 2015, la CSSS-N s'est penchée sur les résultats de la consultation⁴ et a décidé, par 13 voix contre 11 et 1 abstention, de transmettre le projet d'acte et le rapport, sans modifications, au Conseil national ainsi qu'au Conseil fédéral, pour avis.

2 Grandes lignes du projet

2.1 Contexte et objectifs

La consommation de boissons alcoolisées fait partie intégrante des habitudes culinaires, sociales et récréatives en Suisse, ce qui explique que la majeure partie de la population boit de l'alcool (cf. ch. 2.2.1). Si la grande majorité des consommateurs boit de l'alcool avec modération, privilégiant la qualité à la quantité, une partie de la population fait preuve d'une consommation qui s'avère problématique, non seulement sur le plan médical, mais aussi social.

Une consommation d'alcool est jugée problématique lorsqu'elle met en danger la santé de la personne elle-même ou celle de tiers et qu'elle occasionne ou rend prévisible des préjudices correspondants. Toutes les tranches d'âge sont concernées par une consommation problématique.

Au cours des dernières années, le phénomène de l'ivresse ponctuelle – à savoir la consommation d'une importante quantité d'alcool en un court laps de temps (cf. ch. 2.2.2) – a fait l'objet de nombreux débats dans l'opinion publique. Cette consommation excessive d'alcool, qui exerce un attrait particulier sur les adolescents et les jeunes adultes parmi lesquels elle est relativement répandue, suscite un malaise important dans le reste de la population. Ce malaise tient notamment aux effets secondaires négatifs de telles beuveries et au fait qu'ils se manifestent souvent dans l'espace public. Bruit, abandon de déchets, esclandres et bagarres font partie des éléments qui suscitent l'incompréhension et sont souvent mentionnés dans les débats publics sur la consommation excessive d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes.

Une consommation excessive d'alcool entraîne aussi des problèmes de santé, l'ivresse ponctuelle étant à cet égard un mode de consommation particulièrement risqué. C'est d'autant plus vrai que les jeunes réagissent plus fortement que les adultes à la consommation d'alcool: encore en développement, leurs organes sont particulièrement sensibles à l'alcool⁵.

En réponse à cette situation, la problématique de l'ivresse ponctuelle a fait l'objet de plusieurs interventions parlementaires (cf. en particulier les motions Stahl 07.3202 et Humbel 08.3201).

La présente révision de la LAMal fait écho à ces préoccupations et vise à ce que les auteurs de telles conduites soient tenus pour financièrement responsables de leur

⁴ Cf. le rapport du 17 avril 2015 sur les résultats de la procédure de consultation et les différentes réponses à l'adresse suivante: www.parlament.ch/f/dokumentation/berichte/vernehmlassungen/10-431/Pages/default.aspx

⁵ Cf. Message du 25 janvier 2012 concernant la révision totale de la loi sur l'alcool; FF 2012 I 136

consommation problématique. Elle prévoit que les prestations médicales dues à une consommation excessive d'alcool soient entièrement à la charge de la personne qui en est la cause. La commission attend avant tout de cette révision qu'elle renforce la responsabilité individuelle. Dans le meilleur des cas, la proposition pourrait aussi avoir un effet préventif et contribuer à une consommation d'alcool plus responsable.

2.2 Situation actuelle

2.2.1 Consommation d'alcool en Suisse

Les Suisses consomment régulièrement de l'alcool. Les données du Monitoring suisse des addictions⁶ permettent de dresser le tableau de la situation. Les résultats de 2012 montrent que, parmi la population âgée de 15 ans et plus, neuf personnes sur dix boivent au moins occasionnellement de l'alcool (88,3 %). Environ une personne sur dix (10,3 %) déclare en consommer quotidiennement, 45,3 % boivent plusieurs fois par semaine et un tiers boit de l'alcool moins d'une fois par semaine (32,5 %). Environ une personne sur dix ne boit plus d'alcool ou n'en a encore jamais bu au cours de sa vie (11,8 %).

Selon les enquêtes du monitoring, les hommes sont plus nombreux à consommer de l'alcool que les femmes (92,4 % contre 84,3 %) et aussi plus nombreux à en consommer quotidiennement (14,4 % contre 6,5 %). La consommation quotidienne, qui a légèrement augmenté en 2012 par rapport à l'année précédente, augmente aussi avec l'âge, puisqu'elle passe de 1,0 % chez les 15–19 ans à 26,4 % chez les personnes de 75 ans et plus. La consommation quotidienne est plus répandue en Suisse italienne (21,8 %) qu'en Suisse alémanique (8,1 %) et en Suisse romande (15,4 %), même si le taux d'abstinence y est aussi plus élevé (21,1 % contre 9,7 % en Suisse alémanique et 16,3 % en Suisse romande).

C'est dans la classe d'âge des 15–24 ans que la consommation quotidienne est la moins répandue; par contre, les jours où elle se produit, elle est souvent excessive. L'enquête HBSC menée en 2010 dans les écoles⁷ montre que la consommation d'alcool est répandue chez les adolescents: à 15 ans, près d'un garçon sur deux et d'une fille sur trois boit de l'alcool au moins une fois par mois. Les consommateurs hebdomadaires représentent environ un quart (27 %) des garçons de 15 ans et 13 % des filles. Environ 20 % des jeunes de 11 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie; ce taux atteint 72 % chez les élèves de 15 ans. Toujours selon cette enquête,

⁶ Le Monitoring suisse des addictions est un système de surveillance épidémiologique mandaté par l'OFSP. Son but est de collecter et de diffuser des informations relatives aux comportements de la population résidant en Suisse face aux substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illégales, médicaments) ainsi qu'aux risques associés (dépendance, atteintes à la santé, problèmes psycho-sociaux). Depuis début 2011, 11 000 personnes de 15 ans et plus domiciliées en Suisse sont questionnées chaque année sur les thèmes de l'alcool, du tabac, des drogues illégales ou encore des médicaments.
(www.monitorage-addictions.ch)

⁷ L'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête sur les comportements de santé des élèves âgés de 11 à 15 ans. Elle est réalisée tous les quatre ans sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe). La Suisse y participe depuis 1986 par l'intermédiaire d'Addiction Suisse (anciennement Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies).
(www.hbsc.ch)

2 % des adolescents de 11 ans et 20 % de ceux de 15 ans déclarent consommer de l'alcool chaque semaine⁸.

De façon générale, il ressort du Monitorage suisse des addictions de 2012 que la consommation d'alcool est plus importante le week-end que pendant la semaine; cela vaut pour les deux sexes, pour toutes les régions linguistiques et toutes les classes d'âge. En résumé, les jeunes boivent de l'alcool principalement le week-end et ils en consomment alors des quantités importantes. La consommation devient ensuite plus régulière et plus modérée avec l'âge.

2.2.2 Ivresse ponctuelle

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue plusieurs groupes de consommation à risque: la consommation chronique doit ainsi être différenciée de la consommation épisodique (ce que l'on appelle aussi l'ivresse ponctuelle ou *binge drinking*). Par ivresse ponctuelle, on entend une consommation excessive d'alcool en un laps de temps très court qui conduit à des altérations physiques et psychiques. Selon des directives internationales, un indicateur d'une consommation visant l'ivresse est la consommation, en une occasion, de cinq verres standard ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les femmes⁹.

Alors que le principal danger au sein de la population plus âgée est la consommation chronique à risque, c'est au contraire l'ivresse ponctuelle qui domine chez les jeunes. Selon les résultats du Monitorage suisse des addictions de 2012, 28 % des 15–19 ans et 42 % des 20–24 ans se saoulent au moins une fois par mois. Ces chiffres sont en légère augmentation par rapport à l'année précédente¹⁰.

Dans l'ensemble, la consommation à risque a augmenté aussi bien chez les femmes que chez les hommes en 2012 par rapport à 2011. Cette tendance s'observe principalement parmi les catégories d'âge les plus jeunes (15–19 ans et 20–24 ans) et s'explique surtout par une hausse des épisodes d'ivresse ponctuelle¹¹. Mais l'ivresse ponctuelle est aussi très répandue chez les personnes jusqu'à 34 ans (32 % s'y adonnent au moins une fois par mois, 15 % au moins une fois par semaine). Ce n'est qu'à partir de 35 ans qu'elle recule, avec environ 18 % des personnes de cette classe d'âge qui se saoulent au moins une fois par mois.

L'enquête HBSC menée dans les écoles en 2010 avait elle aussi déjà montré que la consommation excessive d'alcool est très répandue chez les adolescents et les jeunes adultes: 3 % des enfants de 11 ans reconnaissaient avoir déjà été ivres au moins une fois dans leur vie; ils étaient 13 % à 13 ans et 40 % à 15 ans; 24 % des adolescents

⁸ Windlin, B., Kuntsche, E. & Delgrande Jordan, M. (2011). Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand. Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) (Forschungsbericht Nr. 58, revidierte und aktualisierte Fassung). Lausanne: Sucht Info Schweiz

⁹ Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C., Flury R. (2013). Monitorage suisse des addictions – Consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2012. Lausanne: Addiction Suisse, p. 14

¹⁰ *Ibid.*, p. 15

¹¹ *Ibid.*, p. 18

de 15 ans interrogés déclaraient même avoir été plusieurs fois dans un état d'ébriété¹².

L'Enquête suisse sur la santé 2012¹³ de la Confédération arrive à des résultats similaires: 11 % de la population totale s'enivrent au moins une fois par mois. Le phénomène est majoritairement masculin, puisqu'il concerne 15 % des hommes une fois par mois et 2 % une fois par semaine (contre respectivement 5 % et 1 % des femmes). Ces comportements d'ivresse ponctuelle sont répandus surtout chez les adolescents et les jeunes adultes: 7 % des jeunes hommes entre 15 et 24 ans s'enivrent chaque semaine et 28 % chaque mois¹⁴.

En plus de ses conséquences sur la santé et la société, l'ivresse ponctuelle occasionne des coûts pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) lorsque des personnes doivent recevoir des soins médicaux en raison de leur consommation excessive d'alcool. Puisque ces coûts sont actuellement pris en charge par la communauté des assurés, ce comportement met à l'épreuve le principe de l'assurance sur lequel repose l'AOS et la solidarité entre les assurés.

2.2.3 Situation dans les hôpitaux

Tandis que le Monitoring suisse des addictions et l'enquête HBSC fournissent des informations sur les évolutions actuelles de la consommation excessive d'alcool, la statistique médicale des hôpitaux¹⁵ permet de connaître le nombre de personnes qui ont dû être traitées dans un hôpital suisse en raison d'une intoxication alcoolique.

Cette statistique a été analysée dans le cadre d'une étude d'Addiction Suisse datée de mars 2013¹⁶. Il en résulte qu'environ 1200 adolescents et jeunes adultes âgés de 10 à 23 ans ont été hospitalisés en Suisse en 2010 pour cause d'intoxication alcoolique. Au total, 27 000 personnes ont été traitées dans un hôpital en 2010 pour des diagnostics liés à l'alcool; 314 d'entre elles étaient âgées de 10 à 15 ans. En 2010, 34 adolescents et jeunes adultes (de 10 à 23 ans) ont été hospitalisés en moyenne par semaine en Suisse pour des diagnostics liés à l'alcool¹⁷.

¹² Windlin, B., Kuntsche, E. & Delgrande Jordan, M. (2011), p. 3

¹³ L'Enquête suisse sur la santé fait partie intégrante du programme statistique pluriannuel de la Confédération et se déroule tous les cinq ans. Sont interrogées les personnes de 15 ans et plus vivant en Suisse dans un ménage privé. Les informations recueillies concernent en particulier l'état de santé et les comportements en matière de santé. (www.bfs.admin.ch)

¹⁴ Enquête suisse sur la santé 2012, vue d'ensemble, OFS, Neuchâtel, 2013, p. 20 s. (Consommation d'alcool). Il faut noter que cette enquête utilise une définition de l'ivresse ponctuelle légèrement différente de celle du Monitoring suisse des addictions. L'ivresse ponctuelle y est définie comme la consommation d'au moins six verres d'une boisson alcoolisée standard en une seule occasion, indifféremment du sexe.

¹⁵ La statistique médicale des hôpitaux recense chaque année les données des hospitalisations effectuées en Suisse. Le relevé est effectué par chaque clinique et hôpital. L'OFS collecte les informations socio-démographiques des patients telles que l'âge, le sexe et la région de domicile, les données administratives comme le type d'assurance et le lieu de séjour avant l'admission, et les informations médicales constituées des diagnostics posés et des traitements effectués. (www.bfs.admin.ch)

¹⁶ Wicki, M. (2013): Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkohol-abhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen – Eine Analyse der Schweizerischen «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» 2001–2010 (Forschungsbericht Nr. 62). Lausanne: Addiction Suisse (résumé en français).

¹⁷ *Ibid.*, p. XVII (Résumé)

L'étude montre également que les hospitalisations pour cause d'intoxication alcoolique des jeunes âgés de 10 à 23 ans ont augmenté de 73 % en 2010 par rapport à leur niveau de 2003. Malgré une légère baisse en 2009 et 2010, où elles retrouvent leur niveau de 2007, les valeurs restent dans l'ensemble alarmantes, estime l'étude. Outre une perte de mémoire et des nausées sévères, les symptômes d'intoxication peuvent en effet aller jusqu'aux troubles vasculaires et au coma. S'y ajoute une augmentation significative du risque d'accidents, de lésions corporelles et de comportements agressifs.

2.2.4 Séjour en cellules de dégrisement

La ville de Zurich a fait face au phénomène de la consommation excessive d'alcool et de ses conséquences en mettant sur pied un centre de dégrisement, géré conjointement par la police et les services de santé de la ville dans le cadre d'un projet pilote. La démarche vise à placer en garde à vue et sous surveillance médicale, le temps du dégrisement, toute personne interpellée en état d'ébriété avancé dans l'espace public et dont le comportement pourrait être dangereux pour elle-même ou pour des tiers, des animaux ou des biens. L'objectif est notamment de décharger les services d'urgence des hôpitaux.

En vertu de la législation cantonale en matière de police, les personnes concernées doivent s'acquitter d'un émolument forfaitaire pour couvrir les coûts de sécurité directement causés par leur comportement (cet émolument peut s'élever jusqu'à 600 francs selon la durée du séjour en cellule de dégrisement). Les prestations médicales sont en revanche à la charge des assureurs-maladie conformément à la LAMal. Un montant forfaitaire a été convenu avec les assureurs pour chaque séjour en cellule de dégrisement.

Les prestations fournies dans de telles cellules¹⁸ ne font en principe pas partie des prestations reconnues par la LAMal. La question de savoir qui doit supporter ces coûts est réglée par le droit cantonal et n'entre donc pas dans le champ du présent rapport¹⁹.

2.3 Changements proposés

2.3.1 Principes

La proposition repose sur l'idée selon laquelle les personnes qui ont besoin d'un traitement médical par suite d'une consommation excessive d'alcool doivent être tenues pour responsables de leur conduite. Ces personnes doivent assumer elles-mêmes les frais médicaux qu'elles occasionnent afin que ceux-ci ne soient pas à la charge de la communauté des assurés. Le projet vise ainsi à renforcer la responsabilité individuelle. Dans le meilleur des cas, la perspective de devoir payer elles-

¹⁸ Des expériences avec des cellules de dégrisement sont également menées en Haut-Valais; voir à ce sujet l'article paru dans le *Walliserbote* du 21.5.2013 (www.1815.ch/wallis/aktuell/ausnuechterungszellen-in-eyholz-bewahren-sich-103390.html; consulté le 21.2.2014).

¹⁹ Cf. le postulat de commission de la CSSS-N «Séjours en cellule de dégrisement. Evaluation de la prise en charge des coûts» (13.4007)

mêmes les coûts d'un traitement médical en cas de consommation excessive d'alcool – ou la perspective de devoir imposer cette charge à leurs représentants légaux – pourrait dissuader ces personnes de se livrer à de tels excès.

Un deuxième principe important sur lequel repose la proposition est la distinction juridique entre faute et maladie. Les personnes dont la consommation excessive d'alcool est la conséquence d'une dépendance et qui sont suivies par un médecin depuis au moins six mois pour ce problème sont réputées ne pas être responsables de leur état. Leur traitement doit par conséquent rester à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Enfin, les coûts liés à la mise en œuvre de la nouvelle réglementation – notamment la facturation et sa vérification – doivent être faibles.

2.3.2 Possibilités de mise en œuvre examinées

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)²⁰ règle la question de la réduction ou du refus de prestations en espèces dans certains cas (art. 21 LPGA). Les traitements et les soins médicaux pris en charge conformément à la LAMal constituent toutefois des prestations en nature (art. 14 LPGA) et ne peuvent donc pas être réduits sur la base de la LPGA. Une modification de la loi dans ce sens serait disproportionnée.

La possibilité d'une mise en œuvre par analogie avec les dispositions de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)²¹ a également été écartée. La LAA permet de réduire ou même d'exclure certaines prestations lorsque l'accident a été provoqué de façon intentionnelle ou par une négligence grave. Aucune prestation d'assurance n'est en particulier allouée si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé (art. 37, al. 1, LAA). Et les indemnités journalières versées pendant les deux premières années qui suivent l'accident sont réduites dans l'assurance des accidents non professionnels si l'assuré a provoqué l'accident par une négligence grave (art. 37, al. 2, LAA). Seules les prestations en espèces (rentes, indemnités journalières) peuvent ainsi être réduites en cas de négligence grave; il n'existe pas de base légale pour réduire les prestations en nature, dont les traitements médicaux font partie.

2.3.3 Révision de la LAMal

2.3.3.1 Participation aux coûts

La mise en œuvre du projet suppose donc une révision de la LAMal. En principe, cette révision pourrait s'appuyer sur la notion de prestations non prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Le Conseil fédéral peut en effet désigner les prestations fournies par un médecin dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'AOS ou le sont à certaines conditions (art. 33, al. 1, LAMal). La difficulté de cette stratégie consiste toutefois à définir les prestations concernées. Les prestations nécessaires au traitement d'une consommation excessive d'alcool ne sont en effet pas des presta-

²⁰ RS 830.1

²¹ RS 832.20

tions spécifiques et clairement identifiables. Une perfusion ou un lavage gastrique, par exemple, peuvent être prescrits dans d'autres situations. De plus, une intoxication alcoolique conduit souvent à poser plusieurs diagnostics (des blessures corporelles en cas d'accident ou de bagarre, par exemple).

C'est pourquoi l'introduction d'une nouvelle forme de participation aux coûts (art. 64a⁰ LAMal) s'avère nécessaire. Cette participation aux coûts doit permettre que les coûts des traitements médicaux dus à une consommation excessive d'alcool soient entièrement à la charge de la personne qui en est la cause.

Pour atteindre l'objectif de renforcement de la responsabilité individuelle, cette nouvelle participation aux coûts doit venir s'ajouter à celles déjà existantes (franchise annuelle, quote-part, contribution aux frais de séjour hospitalier).

La modification de la LAMal prévoit néanmoins que cette participation ne sera pas exigée si l'assuré peut prouver qu'il n'était pas responsable de la consommation excessive d'alcool ou que le traitement était nécessaire indépendamment de la consommation excessive d'alcool.

2.3.3.2 Evaluation et fixation d'un délai

Le Conseil fédéral est chargé d'évaluer les effets de la nouvelle réglementation sur le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations. Il doit informer le Parlement des résultats de cette évaluation un an au plus tard avant l'échéance des dispositions.

Il est prévu de limiter la nouvelle réglementation à cinq ans à compter de son entrée en vigueur. Le Parlement doit par conséquent disposer avant l'échéance des dispositions de toutes les informations pertinentes sur les effets de la réglementation de façon à pouvoir prendre les décisions adéquates sur cette base.

2.4 Propositions de minorité

2.4.1 Refus d'entrée en matière

Une *minorité* (Schmid-Federer, Fehr Jacqueline, Fridez, Heim, Hess Lorenz, Ingold, John-Calame, Rossini, Schenker Silvia, van Singer, Steiert) demande de ne pas entrer en matière sur le projet. Différentes raisons sont avancées.

La mise en œuvre de l'initiative représenterait un véritable changement de paradigme dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), puisqu'elle remplacerait le principe de la solidarité par le principe de la faute. Aujourd'hui, toute personne malade – quelle que soit la raison de sa maladie – a droit au remboursement de ses frais médicaux par l'AOS, une fois la franchise et la quote-part prises en compte. Il n'est pas raisonnable de remettre en cause ce principe pour un petit groupe de buveurs excessifs, principalement des jeunes. Cette logique conduirait en effet à se demander pourquoi les personnes en surpoids, les fumeurs, les personnes dépendantes à l'alcool ou souffrant d'autres formes d'addiction ne devraient pas également être mis à contribution, dès lors qu'ils engendrent des coûts bien plus importants – qui se chiffrent en milliards de francs – pour l'assurance-maladie. Le projet est en outre clairement contraire au principe d'égalité de traitement. Une consumma-

tion régulière d'alcool serait par exemple privilégiée par rapport aux excès occasionnels. Aucun pays voisin ne connaît une participation aux coûts similaire à celle demandée par l'initiative.

La mise en œuvre d'une telle révision poserait par ailleurs d'importants problèmes pratiques. Comment un médecin dans un service d'urgence doit-il déterminer si son patient en situation de coma éthylique suit un traitement médical depuis six mois? Que faire si un tel patient n'est suivi par un médecin pour alcoolisme que depuis trois mois? Cette situation créerait de nouvelles injustices, imposerait des vérifications disproportionnées et engendrerait de nouvelles tracasseries bureaucratiques. Des procédures judiciaires longues et coûteuses sont à craindre lorsque les patients contesteront la décision, par exemple s'ils mettent en doute la nécessité même du traitement médical qui leur est facturé.

Sur le plan de la prévention, la crainte des conséquences financières pourrait retarder ou même empêcher la prise en charge des personnes souffrant d'intoxication alcoolique, avec le risque que les coûts pour la santé soient au final beaucoup plus élevés.

Enfin, il n'est pas du tout prouvé que la mesure demandée par l'initiative ait un quelconque effet préventif positif, alors même qu'elle poserait – comme cela vient d'être mentionné – de nombreux problèmes. Les personnes souffrant d'intoxication alcoolique qui sont par ailleurs en bonne santé payent de toute façon déjà aujourd'hui – en raison de la franchise et de la quote-part – une part importante des coûts des traitements d'urgence qui leur sont prodigués.

2.4.2 Essai pilote

Une *minorité* (Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Heim, Rossini, Schenker Silvia, van Singer, Steiert, Streiff) plaide pour un simple essai pilote.

Etant donné les nombreuses réserves formulées par la minorité Schmid-Federer, il serait plus raisonnable de prévoir une période d'essai avant de mettre définitivement en œuvre l'initiative parlementaire. Cela permettrait de lever de nombreuses incertitudes, en particulier en ce qui concerne la faisabilité du projet. La période d'essai ou le projet pilote devrait faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation scientifiques. Selon les résultats, la poursuite ou l'interruption de l'expérience pourrait être décidée de façon définitive.

Une telle approche paraît d'autant plus justifiée que la mise en œuvre de l'initiative revient à introduire, en l'absence de toute expérience concrète, un véritable changement de direction dans l'assurance-maladie sociale.

3 Commentaire des dispositions

3.1 Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Art. 64a⁰, al. 1

Les prestations fournies consécutivement à une consommation excessive d'alcool doivent rester obligatoirement assurées. Il s'agit toutefois de créer une nouvelle forme de participation aux coûts.

Bien souvent, les personnes ayant abusé de l'alcool requièrent un traitement non pas seulement à cause de cette consommation excessive, mais aussi en raison d'autres diagnostics (p. ex., blessure corporelle due à un accident de la circulation ou à une rixe). Si la participation aux coûts se limitait aux prestations servant à traiter l'intoxication alcoolique, il faudrait ventiler les prestations entre les différents diagnostics, au prix d'un surcroît de travail inutile pour les fournisseurs de prestations. Le cas échéant, des prestations pourraient découler de plusieurs diagnostics. A noter que des forfaits par cas sont généralement perçus pour des traitements hospitaliers stationnaires.

De telles ventilations des coûts sont difficiles à effectuer, et il faudrait consacrer par la suite beaucoup de temps à démontrer, par exemple dans le cadre d'un recours, que la répartition des coûts était correcte. Par conséquent, toutes les prestations fournies durant une période déterminée à compter du constat d'une consommation excessive d'alcool doivent être soumises à la nouvelle forme de participation aux coûts.

Il suffit à l'assureur d'apporter la preuve que la personne assurée a consommé trop d'alcool et que les prestations lui ont été fournies durant la période définie. Il est dispensé de vérifier si le besoin de traitement provient uniquement, ou en partie seulement, de la consommation d'alcool. De son côté, la personne assurée pourra apporter la preuve de l'absence de causalité naturelle ou adéquate entre sa consommation excessive d'alcool et le traitement qu'il a fallu lui prodiguer (voir plus loin, al. 3, let. b).

Au cas où le problème de santé à traiter au cours de la période décisive aurait d'autres causes que la seule consommation d'alcool, il peut en résulter des prestations coûteuses. C'est, par exemple, le cas si une opération compliquée s'impose après un accident de la circulation ou une rixe. Comme les assurés concernés doivent prendre en charge les coûts de traitement qu'ils ont contribué à occasionner, il n'est pas prévu de montant maximal annuel.

Art. 64a⁰, al. 2

La nouvelle participation aux coûts se montera à 100 % des coûts. Comme elle s'élève à 100 % et que le terme «participation» exclut que la personne assurée doive payer davantage que les coûts occasionnés, il n'est pas permis d'exiger d'elle une quelconque participation aux coûts en sus de ces prestations. Autrement dit, la nouvelle participation aux coûts exclut les autres participations aux frais visées à l'art. 64 (franchise, quote-part et participation aux frais de séjour à l'hôpital). Elle n'est par ailleurs imputée ni à la franchise annuelle, ni au montant maximal de la quote-part (art. 64, al. 3, LAMal et art. 103, al. 2, OAMal).

Art. 64a⁰, al. 3

En principe, la nouvelle participation aux coûts est exigée à partir du moment où une consommation excessive d'alcool a été constatée. Cette règle souffre toutefois deux exceptions:

Let. a

La participation aux coûts ne sera pas perçue si la personne assurée est en mesure de prouver qu'elle n'est pas responsable de sa consommation excessive d'alcool. Tel peut être le cas, notamment, si elle a été forcée à boire. Cette réglementation se

réfère à l'art. 54, al 2, CO, qui exempte de toute responsabilité les personnes parvenant à démontrer qu'elles ont été frappées d'une incapacité passagère de discernement sans qu'il y ait eu faute de leur part.

Un autre cas particulier d'absence de faute est réglé à l'al. 4.

Let. b

La participation aux coûts ne sera pas non plus perçue si la personne assurée est en mesure de prouver qu'il a fallu lui fournir des prestations indépendamment de sa consommation excessive d'alcool. Tel est le cas en l'absence de causalité naturelle ou adéquate entre la consommation excessive d'alcool et le traitement prodigué.

Il existe un lien de causalité naturelle entre un événement spécifique et un dommage si, en l'absence de cet événement, le dommage ne se serait pas produit. Un tel lien serait absent dans l'hypothèse où même sans consommation excessive d'alcool, la personne aurait eu besoin du traitement en question (p. ex., à cause d'une affection préexistante).

Il existe un lien de causalité adéquat si selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, la consommation excessive d'alcool est à même de provoquer une atteinte à la santé similaire à celle survenue, autrement dit si de façon générale, une consommation excessive d'alcool paraît favoriser l'apparition d'une telle atteinte à la santé. A contrario, si une personne décide, après avoir trop bu, de ne pas prendre le volant, si elle s'endort dans son véhicule stationné au bord de la route et si, plus tard, un autre véhicule l'emboutit et la blesse, on a affaire à une causalité certes naturelle, mais pas adéquate.

Art. 64a⁰, al. 4

En complément de l'al. 3, let. a, une personne suivant un traitement médical en raison d'une dépendance à l'alcool depuis six mois au moins est réputée ne pas être responsable de sa consommation excessive d'alcool.

Cette disposition vise à exempter de toute participation aux coûts les assurés qui sont alcoolodépendants et qui s'efforcent depuis au moins six mois de s'affranchir de cette dépendance par un traitement médical. Ce traitement doit expressément porter sur l'alcoolisme. La confirmation correspondante s'obtiendra sans difficulté du médecin traitant. Une telle réglementation vise à éviter à l'assureur ou au fournisseur de prestations de devoir contrôler la présence d'une dépendance pathologique. Elle ne garantit toutefois pas que les personnes dépendantes soient systématiquement exemptées d'une participation aux coûts, d'autant plus que beaucoup d'entre elles sont suivies médicalement depuis moins de six mois, voire n'ont entrepris aucun traitement médical.

Minorité (Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Lohr, Rossini, Schenker Silvia, van Singer, Streiff)

La proposition de la majorité implique des processus complexes et d'importantes difficultés pratiques. Une formulation un peu plus souple, sans délais fixes et plus attentive à la pratique quotidienne offre un meilleur cadre d'évaluation et une plus grande marge de manœuvre au Conseil fédéral lors de la mise en œuvre. La formulation tient également compte du fait que la consommation excessive d'alcool peut

être l'expression de problèmes d'ordre psychique, par exemple une crise d'adolescence. De plus, les diagnostics ne devraient en principe pas figurer dans la loi.

Art. 64a⁰, al. 5

Le Conseil fédéral est habilité à déterminer la période de référence en cas de consommation excessive d'alcool et les critères qui définissent une telle consommation. Ce sera ainsi à lui de fixer le début et la fin de cette période. Son début pourrait coïncider avec le commencement du traitement ou avec le moment du constat de la consommation d'alcool. Elle prendrait fin après une certaine durée (définie, p. ex., en heures). Le Conseil fédéral pourrait ainsi fixer cette période à 24 heures après le constat de la consommation excessive d'alcool. Une personne assurée chez qui on constate à 23 heures une consommation excessive d'alcool devrait dès lors assumer une participation aux coûts correspondant à 100 % des prestations fournies jusqu'au lendemain à 23 heures, à moins de fournir des preuves permettant de dégager sa responsabilité.

Comme c'est au Conseil fédéral de définir les conditions du constat d'une consommation excessive d'alcool, il doit d'abord déterminer quand il faut la considérer comme telle. A cet effet il pourra – par analogie au code de la route – fixer un taux d'alcool à partir duquel la consommation est réputée excessive, indépendamment du degré de tolérance individuelle à l'alcool ainsi que de ses effets concrets. En outre, le Conseil fédéral devra déterminer les méthodes servant à constater la consommation d'alcool (voir art. 55, al. 6, de la loi du 19 décembre 1958 sur la circulation routière²²; ordonnance de l'Assemblée fédérale du 21 mars 2003 concernant les taux d'alcoolémie limites admis en matière de circulation routière²³; art. 10 à 12 de l'ordonnance du 28 mars 2007 sur le contrôle de la circulation routière²⁴; ordonnance du DFJP du 5 octobre 2010 sur les instruments de mesure utilisés pour déterminer la teneur en alcool et la quantité d'alcool²⁵).

Art. 64a⁰, al. 6

Faute de savoir comment la nouvelle réglementation influencera tant le comportement des assurés et des fournisseurs de prestations que les coûts supportés par l'assurance obligatoire des soins et par les fournisseurs de prestations, le Conseil fédéral est chargé d'examiner les effets de la nouvelle participation aux coûts.

Comme la nouvelle réglementation aura effet pendant cinq ans seulement à compter de son entrée en vigueur, le Conseil fédéral devra communiquer au Parlement le résultat de son analyse un an au plus tard avant l'échéance de ce délai. De cette manière, le Parlement disposera d'informations exhaustives sur les effets de la nouvelle réglementation, de façon à pouvoir se prononcer avant son expiration sur sa reconduction, sa modification ou son abrogation.

²² RS 741.01

²³ RS 741.13

²⁴ RS 741.013

²⁵ RS 941.210.2

Dispositions finales

Etant donné que la participation aux coûts préconisée est nouvelle et qu'on n'en connaît pas les conséquences tant médicales que sociales et financières, le présent projet de loi a une durée de validité limitée à cinq ans.

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel

4.1.1 Conséquences financières

Il s'avère impossible d'estimer les conséquences financières de la réglementation proposée. On dispose certes d'études concernant les diagnostics liés à l'alcool, mais il n'y est pas question des coûts. En outre, les prestations à fournir lors d'intoxications alcooliques varient en fonction des diagnostics principaux et des diagnostics secondaires. Le diagnostic d'intoxication alcoolique aiguë est souvent lié à d'autres diagnostics, celui de dépendance à l'alcool notamment. Pour calculer les frais d'un traitement, il faudrait donc commencer par préciser les prestations envisagées. En outre, la nouvelle disposition habilite le Conseil fédéral à fixer des éléments essentiels de la future participation aux coûts. D'où des modalités si ouvertes qu'il est impossible d'en estimer le montant concret.

4.1.2 Effets sur l'état du personnel

Toute estimation des effets sur l'état du personnel serait, elle aussi, hasardeuse.

4.2 Mise en oeuvre

La nouvelle réglementation se fonde sur la consommation excessive d'alcool et sur les prestations fournies par la suite durant une période déterminée. L'idée est de simplifier l'exécution. Sur la base des expériences réalisées avec l'assurance-accidents, il est à prévoir que l'exigence d'un lien de causalité énoncée à l'al. 3, let. b, aboutira à des procédures judiciaires controversées.

Pour que l'assureur puisse exiger de l'assuré la participation aux coûts envisagée, les prestations qui en font l'objet doivent pouvoir être distinguées sur le plan tarifaire et/ou comptable. Les assureurs et les fournisseurs de prestations devront ainsi vérifier, à propos de la facturation, la possibilité d'introduire des informations supplémentaires dans les formulaires (p. ex., code supplémentaire pour le motif du traitement), afin qu'il soit possible de différencier les prestations dès le stade de la facture. En outre, il leur faudra examiner de près si les structures tarifaires existantes (TARMED et SwissDRG) exigent certaines adaptations (p. ex., nouvelles positions tarifaires spécifiques) pour le décompte de ces prestations.

Le chap. 5 analyse les rapports entre la nouvelle réglementation proposée en droit fédéral et d'éventuels engagements internationaux pris par la Suisse.

L'art. 3 du Traité sur l'Union européenne (TUE)²⁶ charge l'Union de promouvoir la protection sociale. La question de la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union est régie par l'art. 45 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne²⁷ (TFUE). Le principe de libre circulation requiert certes une coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale, comme le prévoit l'art. 48 TFUE. Mais le droit communautaire ne vise pas à leur harmonisation. Les Etats membres peuvent ainsi continuer à décider librement de l'aménagement de leur propre système de sécurité sociale, de son champ d'application personnel, de ses modalités de financement et de son organisation. La coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale est régie par le règlement (CEE) n° 1408/71²⁸ et par son règlement d'application n° 574/72²⁹.

La Suisse participe à ce système de coordination multilatérale depuis le 1^{er} juin 2002, date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (accord sur la libre circulation des personnes, ALCP)³⁰. Encore faut-il, dans ce contexte, prendre en compte les restrictions prévues dans la section A de l'annexe II de l'ALCP.

La recommandation du 27 juillet 1992³¹ relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale invitait les Etats membres à assurer aux personnes qui résident légalement sur leur territoire l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant la prévention des maladies.

²⁶ JO C 326 du 26.10.2012, p. 13

²⁷ JO C 326 du 26.10.2012, p. 47

²⁸ Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JO L 149 du 5.7.1971, p. 2.

²⁹ Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JO L 74 du 27.3.1972, p. 1; codifié par le règlement (CE) n° 118/97, JO L 28 du 30.1.1997, p. 1; modifié en dernier lieu par le règlement (CE) n° 859/2003, JO L 124 du 20.5.2003, p. 1; désormais codifié par le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

³⁰ RS **0.142.112.681**

³¹ JO n° L 245 du 26.8.1992 p. 49.

5.2

Compatibilité avec le droit du Conseil de l'Europe

La Suisse a ratifié le *Code Européen de Sécurité sociale* du 16 avril 1964³². Elle n'a toutefois pas adopté la partie II sur les soins médicaux. Chaque Etat souhaitant satisfaire aux obligations qui résultent de la partie II du code est tenu de prodiguer aux personnes protégées des soins médicaux en cas de maladie, quelle qu'en soit la cause. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas de maladie. En outre, la durée des prestations peut être limitée à 26 semaines par cas.

Le Code Européen de Sécurité sociale est complété par un *Protocole*, qui fixe des normes plus élevées. La Suisse n'a pas ratifié ce protocole.

Le *Code Européen de Sécurité sociale (révisé)* du 6 novembre 1990 est un traité distinct du Code Européen de Sécurité sociale, mais qui ne l'a pas remplacé. Le code (révisé) complète les normes du code, notamment par l'extension du champ d'application personnel, par l'octroi de nouvelles prestations ainsi que par l'augmentation du montant des prestations en nature. En parallèle, il introduit une flexibilité accrue, en allégeant les conditions de ratification et en formulant les normes de façon à tenir compte autant que possible des réglementations nationales. Comme aucun Etat ne l'a ratifié jusqu'ici, le code (révisé) n'est pas encore entré en vigueur.

Selon l'art. 10, par. 2, du Code Européen de Sécurité sociale, le bénéficiaire ou son soutien de famille peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide; les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elles n'entraînent pas une charge trop lourde. L'ordre révisé comporte une disposition analogue (art. 10, par. 2). Ni le Code Européen de Sécurité sociale ni sa version révisée ne précisent toutefois ce qu'il faut entendre par une charge trop lourde. Les organes de contrôle disposent par conséquent d'une marge d'appréciation.

Le Protocole du code prévoit qu'en cas d'état morbide, la participation aux frais des soins médicaux reçus ne doit pas dépasser 25 %. Lorsque cette participation est fixée à une somme uniforme pour chaque cas de traitement ou chaque prescription de fournitures pharmaceutiques, le Protocole précise que le total des paiements effectués par toutes les personnes protégées ne doit pas dépasser 25 % du coût total des prestations reçues au cours d'une période donnée.

Le présent projet de révision prévoit que les assurés assument 100 % des coûts des prestations qui leur sont fournies durant une période déterminée consécutivement à une consommation excessive d'alcool. D'où la question de savoir si un tel projet est compatible avec les normes du Conseil de l'Europe.

Comme indiqué plus haut, la Suisse a ratifié le Code Européen de Sécurité sociale de 1964, mais n'a pas adopté sa partie II sur les soins médicaux. Celle-ci s'en tient en outre à prévoir sous une forme générale que la participation ne doit pas entraîner une charge trop lourde.

Seul le Protocole, que la Suisse n'a pas ratifié, parle d'une limitation admissible à 25 % des frais des soins reçus. Mais on ne voit pas clairement en quoi consistent les 100 % auxquels se réfèrent les 25 % admis.

³² RS 0.831.104

Le projet d'acte législatif se fonde sur l'art. 117 de la Constitution (Cst.)³³, qui habilite la Confédération à légiférer sur l'assurance-maladie.

La question est de savoir si une réglementation en vertu de laquelle, à certaines conditions, la personne assurée participe à hauteur de 100 % aux coûts des prestations qui lui sont fournies durant une période déterminée est compatible avec l'art. 117 Cst.

Dans le système du *tiers garant*, l'assuré est le débiteur de la prestation envers le fournisseur de prestations. Ce système est usuel, en vertu de l'art. 42, al. 1 et 2, LAMal, pour les traitements non hospitaliers. Une participation de 100 % signifie que la personne assurée n'a pas le droit d'être remboursée par son assureur, quel que soit le montant concerné. Même si elle cède ce droit au fournisseur de prestations (art. 42, al. 1), ce dernier ne recevra rien de l'assureur, qui n'a aucune obligation de remboursement envers la personne assurée. Dans le système du tiers garant, une participation aux coûts de 100 % correspond ainsi à l'absence de tout remboursement par l'assureur-maladie.

Dans le système du *tiers payant*, c'est l'assureur qui est le débiteur de la prestation. Ce système s'applique, en vertu de l'art. 42, al. 2, LAMal, aux traitements hospitaliers et, si des conventions tarifaires le prévoient, à certains traitements ambulatoires. L'assureur doit ainsi payer au fournisseur de prestations la rémunération qui lui revient (ou, en cas de traitement hospitalier, sa part de rémunération), indépendamment de tout remboursement par la personne assurée. Si celle-ci est solvable, elle doit rembourser à l'assureur, en cas de participation aux coûts de 100 %, l'intégralité de la rémunération que ce dernier a payée d'avance. Et, si la personne assurée est insolvable, l'assureur reçoit pour sa créance un acte de défaut de biens ou un titre équivalent. Il peut en réclamer 85 % au canton, mais doit payer de sa poche les 15 % restants en tant qu'assureur (art. 64a, al. 4, LAMal). Le cas échéant, cette créance sera réglée plus tard par la personne assurée. L'assureur joue ainsi, par analogie à une banque, le rôle d'intermédiaire financier: il transfère au fournisseur de prestations la participation aux coûts de 100 % à charge de la personne assurée et assume une part de son risque d'insolvabilité.

Il est certes permis de douter qu'en réduisant l'assureur au rôle d'intermédiaire financier assumant une partie du risque d'insolvabilité, le projet respecte la conception d'assurance-maladie inscrite dans la Constitution. Toutefois, une augmentation de la participation aux coûts à 100 %, pour des raisons de simplification administrative et à condition de ne porter que sur un nombre limité de prestations, peut être considérée comme compatible avec l'art. 117 Cst. Tel est le cas en l'occurrence, où la réglementation proposée épargne aux hôpitaux fonctionnant selon le système du tiers payant l'effort de distinguer entre les prestations concernées par l'initiative parlementaire et les autres prestations.

6.1.2 Art. 8 Cst. Egalité

6.1.2.1 Principe

En vertu de l'art. 8, al. 1, Cst., un acte législatif contrevient au principe de l'égalité de traitement au cas où il établirait des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à réglementer, ou s'il omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances, autrement dit quand des situations semblables ne sont pas traitées semblablement et que des situations différentes ne sont pas traitées différemment. La distinction faite sans fondement ou l'égalité de traitement non fondée doivent porter sur un élément essentiel. Selon l'époque et la conception alors dominante, le caractère raisonnable d'une distinction juridique peut s'apprécier de façon différente. Dans ce cadre, le législateur bénéficie d'une grande marge de manœuvre (ATF 136 I 1, consid. 4.1, p. 5).

6.1.2.2 Limitation à un comportement

La première question est de savoir si une réglementation ne mettant à contribution les assurés que pour les prestations fournies après une consommation excessive d'alcool, à l'exclusion de celles fournies après d'autres comportements nocifs pour la santé, est compatible avec l'art. 8 Cst.

Une distinction peut tout d'abord être établie sur la base de la rapidité à laquelle un comportement affecte la santé. La consommation de grandes quantités d'alcool et d'autres conduites nuisant à la santé (p. ex., tendance à beaucoup fumer, à trop travailler ou à faire des excès de table) ne causent généralement de dommages à la santé qu'après des semaines, des mois voire des années. D'où la difficulté de démontrer un lien de causalité entre une telle conduite et une atteinte à la santé, que d'autres facteurs peuvent avoir favorisé au cours du temps. L'apparition d'effets nocifs après une consommation excessive d'alcool n'est, par contre, qu'une question de minutes ou d'heures.

On trouve par ailleurs d'autres comportements gravement fautifs qui affectent immédiatement – ou du moins très rapidement – la santé. On peut penser, p. ex., à un abus de stupéfiants ou de substances médicamenteuses. De même, la conduite d'un véhicule à moteur sous l'emprise de médicaments comporte un risque accru d'accident, et donc de blessures corporelles (voir la sanction prévue à l'art. 16c, al. 1, let. c, de la loi du 19 décembre 1958 sur la circulation routière³⁴).

La présente modification de la LAMal repose sur une appréciation différente de tels comportements et n'exclut toute prise en charge des frais qu'en cas de consommation excessive d'alcool. L'étude de Wicki (2013) montre que dans le groupe d'âge des 23 ans et moins, les admissions à l'hôpital en raison d'une intoxication alcoolique ont atteint ces dernières années un niveau inquiétant (voir ch. 2.2.3). Cette hausse des hospitalisations consécutives à une intoxication alcoolique aiguë peut être considérée comme un motif objectif de régler différemment les conséquences sur le plan des assurances sociales de tels comportements.

³⁴ RS 741.01

6.1.2.3

Limitation à l'assurance-maladie

Il convient également de se demander s'il existe des raisons objectives de ne prévoir que dans l'assurance-maladie une participation de 100 % aux coûts, équivalente à un refus de prise en charge des coûts. Ainsi, les traitements requis par un accident lié à l'alcool continueront d'être remboursés dans le cadre de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)³⁵ et de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)³⁶. Le projet ne change rien à cette prise en charge. Comme ces traitements médicaux ne sont que subsidiairement à la charge de l'assurance-maladie (art. 64, al. 2, de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances, LPGA³⁷) et compte tenu de l'objectif visé par le projet, cette différence de traitement est difficile à justifier. Le législateur bénéficie toutefois d'une grande marge de manœuvre pour juger du temps requis pour modifier différentes assurances sociales. Il n'enfreint donc pas l'art. 8 Cst. s'il règle une question qu'il juge prioritaire dans une assurance sociale sans adapter en même temps les réglementations correspondantes dans les autres assurances sociales.

6.1.2.4

Limitation à une sanction

Enfin, la question se pose de savoir si, dans une optique d'égalité juridique, une participation de 100 % aux coûts, prélevée indépendamment du genre de traitement et des coûts qui s'ensuivent, n'omet pas de créer des distinctions qui, compte tenu des circonstances, seraient indiquées.

Cette participation complète connaît trois restrictions: à commencer par une limitation dans le temps, qu'il incombera au Conseil fédéral de fixer (art. 64a⁰, al. 5). Sont également exclus les traitements dus à une consommation excessive d'alcool dont l'assuré n'était pas responsable (art. 64a⁰, al. 3, let. a) et les traitements qu'il a fallu fournir indépendamment de la consommation excessive d'alcool (art. 64a⁰, al. 3, let. b). La personne assurée ne devra donc assumer les coûts d'un traitement consécutif à une consommation excessive d'alcool que si elle en porte la responsabilité, s'il existe un lien causal naturel et adéquat entre celle-ci et le traitement, et si celui-ci intervient dans une période définie.

La situation est comparable à la pleine responsabilité que porte une personne ayant été frappée d'une incapacité passagère de discernement, en raison, p. ex., de sa consommation d'alcool, au cas où elle causerait un dommage à un tiers (art. 41 du code des obligations³⁸, art. 54, al. 2, CO). Ces réglementations partent de l'idée que les individus responsables de leur état d'ébriété ne doivent pas faire supporter à des tiers (soit, du point de vue de la responsabilité civile, la communauté des assurés dans l'assurance-maladie) les conséquences des actes commis dans ces circonstances. Autrement dit, l'absence de différenciation basée sur le genre de traitement fourni ou sur le montant des coûts n'entraîne pas d'emblée une inégalité de traitement.

³⁵ RS 832.20

³⁶ RS 833.1

³⁷ RS 830.1

³⁸ RS 220

La question de savoir si l'art. 8 Cst. est respecté dépendra aussi de la manière dont le Conseil fédéral utilisera la compétence de légiférer que lui confère l'art. 64a⁰, al. 5, ainsi que de la mise en œuvre concrète des restrictions prévues à l'art. 64a⁰, al. 3.

6.1.3 Art. 5 Cst. Proportionnalité

La mise en place d'une participation de 100 % aux coûts des traitements fournis consécutivement à une consommation d'alcool équivalant à un refus de prestations, pour une durée limitée, de la part de l'assurance-maladie. Une telle mesure correspond à une sanction administrative, à l'instar d'autres situations où des prestations sont réduites ou refusées (voir art. 21 LPGA et art. 39 LAA). Les sanctions administratives sont soumises au principe de la proportionnalité figurant à l'art. 5, al. 2, Cst. Autrement dit, la sanction doit être proportionnée au but visé. Le présent projet vise à inciter les assurés à s'abstenir d'un comportement pouvant occasionner des coûts à l'assurance-maladie, en l'occurrence la consommation excessive d'alcool.

L'art. 64a⁰, al. 5, laisse relativement ouverte l'intensité de la sanction, en chargeant le Conseil fédéral de déterminer tant la teneur en alcool réputée excessive que la période durant laquelle la participation aux coûts de 100 % peut être perçue. Par contre, à la différence des autres cas de refus de prestations, l'art. 64a⁰, al. 5, ne permet pas de moduler la sanction en fonction des particularités du cas d'espèce. Ainsi, aucune différenciation n'est possible ni sur la base du genre de lésion corporelle, ni en fonction du type de traitement ou des coûts générés, de la gravité du comportement et, en particulier, de la teneur en alcool. Même si l'unique sanction prévue est une participation de 100 % aux coûts, une mise en œuvre conforme au principe de proportionnalité serait en soi possible. La sanction infligée dépendra toutefois de la manière dont le Conseil fédéral exploite la marge de manœuvre que lui donne cette disposition.

6.2 Délégation de compétences législatives

Le projet d'acte législatif confère des compétences réglementaires étendues au Conseil fédéral, en le chargeant de fixer tant la période de référence pour la participation aux coûts que les conditions du constat d'une consommation excessive d'alcool. Faute de certitude sur les conséquences de la nouvelle réglementation, le Conseil fédéral doit avoir la possibilité de définir lui-même ces éléments et de les adapter, le cas échéant, sur la base des expériences réalisées.

6.3 Forme de l'acte

Le présent acte législatif est édicté sous la forme d'une loi fédérale ordinaire, conformément à l'art. 164 Cst. Comme on ne sait pas encore les conséquences qu'elle pourrait avoir, elle a une durée limitée à cinq ans.