

EXPOSE DES MOTIFS ET PROJET DE DECRET

visant à exercer le droit d'initiative du canton en soumettant à l'assemblée fédérale un projet de modification de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMAL) afin que les fausses couches, les grossesses non évolutives et les grossesses extra-utérines soient remboursées

et

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

sur l'initiative Anne-Laure Botteron et consorts – Pour que les fausses couches, les grossesses non évolutives et les grossesses extra-utérines soient remboursées

1. INTRODUCTION

L'initiative intitulée « Pour les fausses couches, les grossesses non évolutives et les grossesses extra-utérines soient remboursées » a été lancée par Anne-Laure Botteron, députée au Grand Conseil. En substance, l'initiative demande à ce que les frais médicaux liés à une grossesse soient entièrement pris en charge sans franchise ni quote-part par l'assurance-maladie dès la conception.

En effet, le régime actuel prévoit que, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), les grossesses se terminant avant la treizième semaine sont considérées comme des maladies prises en charge par le régime ordinaire de ladite loi. Les frais relatifs aux consultations médicales, aux analyses médicales, aux médicaments ainsi que les opérations nécessaires à l'évacuation de l'embryon ou du fœtus mort-né sont ainsi à la charge de la femme jusqu'à concurrence de sa franchise ou de sa quote-part. Cette franchise est d'ailleurs souvent élevée puisque les femmes concernées sont la plupart du temps jeunes et en bonne santé.

Ainsi, le système prévu par la LAMal crée dès lors une discrimination entre les femmes qui peuvent mener leur grossesse au-delà de treize semaines et celles qui ne le peuvent pas. Par ailleurs, la perte d'un embryon ou d'un fœtus peut être une épreuve très difficile à vivre par la femme et/ou par le couple. La femme alors confrontée à cette perte doit, en plus de l'épreuve subie, prendre à sa charge les frais médicaux y relatifs.

Le 15 mars 2019, ladite initiative a été présentée devant la Commission thématique de la santé publique du Grand Conseil. La Commission recommande de prendre en considération cette initiative par 14 voix pour, 1 contre et 0 abstention et de la renvoyer au Conseil d'Etat pour préavis, ce que le Grand Conseil a fait le 3 mars 2020 par 108 voix pour (contre 2, abstention 5).

Par conséquent, les députés et députées demandent au canton de Vaud d'exercer son droit d'initiative cantonale auprès de l'Assemblée fédérale, en application de l'art. 109 al. 2 de la Constitution vaudoise. L'initiative cantonale demande la modification de l'art. 64 al. 7 lettre b LAMal afin que le régime prévu par cet article soit étendu aux grossesses s'arrêtant prématurément avant la treizième semaine.

2. REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

Le système actuel crée effectivement une discrimination envers les femmes qui ne peuvent pas mener leur grossesse au-delà de treize semaines. La femme subit alors une double peine puisque sa grossesse se termine prématurément et qu'en plus elle doit assumer les frais médicaux découlant de la perte en participant aux coûts (franchise et quote-part). Il convient en outre de préciser à cet égard qu'il s'agit le plus souvent de femmes jeunes et en bonne santé dont la franchise d'assurance-maladie s'élève généralement à CHF 2'500.-.

Dans l'esprit du législateur fédéral, les prestations délivrées avant la treizième semaine de grossesse relèvent de la maladie et impliquent dès lors une participation standard aux coûts de la part de l'assurée. *« Selon les travaux préparatoires, cette réglementation est justifiée par le fait que le début de la grossesse ne peut être constaté qu'ultérieurement et qu'il se peut que l'assureur ait déjà prélevé une participation aux coûts pour des traitements dispensés lorsqu'il apprend que l'assurée est enceinte. Il s'agit ainsi d'empêcher que des prestations pour lesquelles l'assureur pourrait avoir déjà prélevé la participation aux coûts ne soient exemptées après coup, au vu de la charge administrative disproportionnée qui en résulterait »* (cf. Rapport de la CSSS-E du 11 février 2013 concernant l'initiative parlementaire « Participation aux coûts en cas de maternité – Egalité de traitement », FF 2013 2191 (2194)). L'argument principal de la limite imposée à la treizième semaine est donc la difficulté de mise en œuvre pratique d'un remboursement des frais dès la conception.

A cet égard, il convient de relever que l'argument de la charge administrative n'est pas soutenable. En effet, avec ou sans limite temporelle fixée, les assureurs sont inévitablement confrontés à la problématique du remboursement de prestations pour lesquelles une participation aux coûts a déjà été demandée à l'assurée. Par ailleurs, le seul motif de la charge administrative apparaît choquant en comparaison du fait que l'assurée doive assumer les frais médicaux liés à l'interruption de sa grossesse.

En outre, la limite temporelle fixée engendre une discrimination entre une femme qui perd son enfant avant la treizième semaine et celle qui le perd après ou encore qui peut mener à terme sa grossesse.

Enfin, le remboursement des frais médicaux liés aux fausses couches ainsi qu'aux grossesses non évolutives n'entraînera vraisemblablement pas de hausse des coûts de la santé dans leur globalité. En effet, il ne s'agit en général pas d'actes médicaux pouvant faire l'objet d'un arbitrage de la part des patients ou des professionnels. Par ailleurs, ce transfert d'une charge privée à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) n'entraînera qu'une très faible hausse des coûts à charge de l'AOS et donc des primes d'assurance-maladie. Le coût global pour l'AOS est estimé de 13 à 18 MF pour toute la Suisse, soit environ 0.05% du coût total à charge de l'AOS.

3. PROPOSITION DE MODIFICATION

3.1 Législation actuelle

En Suisse, l'assurance-maladie des soins est universelle et obligatoire depuis le 1^{er} janvier 1996 (art. 1 LAMal). En vertu des articles 24 et 34 al. 1 LAMal, l'assurance-maladie obligatoire rembourse exclusivement les coûts des prestations mentionnés dans un catalogue exhaustif (art. 25 à 31 LAMal) en tenant compte des conditions posées par les articles 32 à 34 LAMal. Les prestations remboursées en cas de maternité font l'objet de l'article 29 LAMal (Stéphanie Perrenoud, Les prestations de soins en cas de maternité – analyse des prestations dispensées en Suisse et à l'étranger, *Réflexions romandes en droit de la santé*, 2016, p. 139-140).

Selon l'art. 29 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations comprennent, selon l'alinéa 2, les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (let. c) et les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (let. d) (ATF 144 V 184 consid. 3.1 et les références citées).

D'autre part, selon l'art. 64 al. 7 LAMal (voir aussi les art. 104 al. 2 let. c et 105 OAMal), l'assureur ne peut exiger aucune participation aux coûts des prestations désignées à l'art. 29 al. 2 LAMal (let. a) ; le même principe s'applique aux prestations visées aux articles 25 et 25a LAMal qui sont fournies à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement (let. b).

La notion de maternité au sens de l'art. 5 de la Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), en relation avec les art. 1a al. 2 let. c et 29 LAMal, se réfère à un phénomène du processus vital ordinaire ; contrairement à la maladie (art. 3 LPGA), il ne s'agit pas d'une atteinte à la santé. Ainsi, les prestations spécifiques de maternité, qui sont exhaustivement énumérées à l'art. 29 al. 2 LAMal, et dont le contenu est précisé aux art. 13 à 16 OPAS, sont destinées à assurer le bon déroulement de cette éventualité. En particulier, les examens de contrôle prévus à l'art. 13 OPAS ont pour but de permettre une surveillance médicale de la grossesse, dans le but de prévenir la survenance de complications éventuelles susceptibles d'altérer la santé de la mère et/ou celle de l'enfant à naître ; il s'agit de mesures prophylactiques, qui sont accordées en raison de l'état de grossesse de l'assurée et dont la prise en charge intervient en dehors de toute indication médicale. De tels examens conservent leur caractère de prestations spécifiques de maternité, sans égard au point de savoir si la grossesse de l'assurée est normale, à risque ou pathologique. Le traitement médical appliqué à une atteinte à la santé décelée lors d'un tel examen relève, en revanche, des prestations en cas de maladie au sens des articles 25 et 29 al. 1 LAMal, avec pour conséquence que les coûts relatifs à celui-ci donnent lieu à la perception de la participation aux coûts, lorsque le traitement intervient avant la treizième semaine de grossesse, conformément à l'art. 64 al. 7 let. b LAMal (ATF 144 V 184 consid. 3.2 et les références citées).

Bien que la maternité ne soit pas considérée comme étant une maladie, l'art. 29 al. 1 LAMal assimile cette éventualité à la maladie sous l'angle du droit aux prestations. Cette assimilation signifie que lorsque la maternité est perturbée par l'apparition de complications ou de troubles nécessitant un traitement médical, ceux-ci doivent être considérés comme une maladie (on parle alors de grossesse pathologique) ; les traitements ainsi occasionnés relèvent des prestations générales en cas de maladie au sens de l'art. 25 LAMal (par renvoi de l'art. 29 al. 1 LAMal). C'est le cas, par exemple, pour des traitements destinés à éviter un accouchement prématuré ou une fausse couche (ATF 144 V 184 consid. 3.3 et les références citées).

Comme énoncé plus haut, la distinction entre les prestations spécifiques de maternité (art. 29 al. 2 LAMal) et les prestations en cas de maladie allouées en cas de complications survenant pendant la grossesse (art. 25 et 29 al. 1 LAMal) est essentielle sous l'angle du principe de la participation aux coûts.

Alors que les prestations spécifiques de maternité au sens de l'art. 29 al. 2 LAMal sont exemptées de la participation aux coûts, sans égard au moment auquel elles sont fournies (art. 64 al. 7 let. a LAMal), les prestations en cas de maladie ne bénéficient de ce privilège que pour autant qu'elles soient dispensées à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement (art. 64 al. 7 let. b LAMal) (ATF 144 V 184 consid. 3.4 et les références citées). Il convient encore de préciser que ce système est entré en vigueur le 1^{er} mars 2014. En effet, jusqu'au 28 février 2014, seules les prestations spécifiques de maternité (art. 29 al. 2 LAMal ; art. 13-16 OPAS) bénéficiaient de l'exemption, contrairement aux prestations générales et soins en cas de maladie dispensés durant la maternité (art. 25, 25a et 19 al. 1 LAMal) qui impliquaient alors le paiement à concurrence de la franchise et de la quote-part (cf. Stéphanie Perrenoud, Les prestations de soins en cas de maternité – analyse des prestations dispensées en Suisse et à l'étranger, *Réflexions romandes en droit de la santé*, 2016, p. 145).

3.2 Conséquences du système actuel

Conformément à ce qui a été exposé précédemment, le texte légal de l'art. 64 al. 7 LAMal est effectivement clair et correspond à la volonté univoque du législateur de n'exempter l'assurée de l'obligation de participer aux coûts, pendant les douze premières semaines de grossesse, que s'il s'agit de prestations spécifiques de maternité au sens de l'art. 29 al. 2 LAMal. A l'inverse, les traitements de complications telles que des avortements spontanés ou des grossesses extra-utérines qui surviennent avant la treizième semaine de grossesse ne sont pas visés par cette exemption ; ceux-ci constituent en effet des frais de maladie (application de l'art. 25 LAMal, par renvoi de l'art. 29 al. 1 LAMal), ce qui entraîne l'obligation de l'assurée de participer aux coûts des prestations dont elle bénéficie à ce titre (art. 64 al. 7 let. b LAMal) (ATF 144 V 184 consid. 5.2). Il en découle une discrimination qui semble injustifiée, sous l'angle de la dignité humaine, au vu des seuls motifs d'ordre purement administratifs mentionnés par le législateur fédéral.

3.3 Modifications proposées

Afin de palier à la discrimination que crée le système actuel envers les femmes qui ne peuvent pas mener leur grossesse au-delà de treize semaines, il est proposé de modifier l'art. 64 al. 7 let. b LAMal en ce sens qu'aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les prestations visées aux art. 25 et 25a LAMal, dès la conception, et de supprimer la référence à la treizième semaine de grossesse.

Le libellé de l'art. 64 al. 7 let. b LAMal serait dès lors le suivant :

« L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes :

- a. sans changement.
- b. prestations visées aux art. 25 et 25a qui sont fournies dès la conception, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement ».

La modification soumise impliquerait des adaptations subséquentes de l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31), notamment les art. 13 al. 1 let. f et 16 OPAS. Par ailleurs, cette modification va dans le sens des motions Kälin (19.3070) et Ador (19.3307), en traitement au Parlement et acceptées par le Conseil fédéral.

4. CONSEQUENCES

4.1 Constitutionnelles, légales et réglementaires (y.c. eurocompatibilité)

Modification de la LAMal et adaptation ultérieure de l'OPAS.

4.2 Financières (budget ordinaire, charges d'intérêt, autres)

En cas d'adoption par les chambres fédérales de ladite initiative, les conséquences pour les charges de l'assurance-maladie obligatoire sont estimées à environ 13 à 18 MF pour la Suisse et 1,3 à 1,8 MF pour le canton de Vaud. Cette augmentation, qui représente une hausse de 0.05% des coûts à charge de l'AOS, pourrait représenter environ 360'000 frs directement à la charge de l'Etat via les subsides à l'assurance maladie (budget 2021 : 784,4 MF).

4.3 Conséquences en terme de risques et d'incertitudes sur les plans financier et économique

Néant.

4.4 Personnel

Néant.

4.5 Communes

Néant.

4.6 Environnement, développement durable et consommation d'énergie

Néant.

4.7 Programme de législature et PDCn (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

4.8 Loi sur les subventions (application, conformité) et conséquences fiscales TVA

Néant.

4.9 Découpage territorial (conformité à DecTer)

Néant.

4.10 Incidences informatiques

Néant.

4.11 RPT (conformité, mise en œuvre, autres incidences)

Néant.

4.12 Simplifications administratives

Néant.

4.13 Protection des données

Néant.

4.14 Autres

Néant.

5. CONCLUSION

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil de prendre acte du présent rapport en réponse à l'« Initiative Anne-Laure Botteron et consort – Pour que les fausses couches, les grossesses non évolutives et les grossesses extra-utérines soient remboursées » et d'adopter le projet ci-après.

PROJET DE DÉCRET

visant à exercer le droit d'initiative du canton en soumettant à l'Assemblée fédérale un projet de modification de loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) du 3 novembre 2021

LE GRAND CONSEIL DU CANTON DE VAUD

vu l'article 160, alinéa 1 de la Constitution fédérale,

vu l'article 109, alinéa 1 de la Constitution vaudoise,

vu la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal),

décète

Art. 1

¹ Conformément à l'article 160, alinéa 1, de la Constitution fédérale, le canton de Vaud exerce le droit d'initiative du canton en soumettant à l'Assemblée fédérale l'initiative cantonale "Anne-Laure Botteron et consorts – Pour que les fausses couches, les grossesses non évolutives et les grossesses extra-utérine soient remboursées" tendant à la révision partielle de la LAMal en ce sens que celle-ci est modifiée comme suit :

Art. 64 al . 7 let.b (nouveau)

⁷ L' assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes :

- a. prestations visées à l'art. 29, al . 2;
- b. prestations visées aux art. 25 et 25a qui sont fournies dès la conception pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Art. 2

¹ Le canton dépose l'initiative auprès de l'Assemblée fédérale dans un délai de trente jours dès l'entrée en vigueur du présent décret.

Art. 3

¹ Le Conseil d'Etat est chargé de la publication du présent décret. Il en publiera le texte conformément à l'article 84, alinéa 2, lettre f de la Constitution cantonale.

² Le présent décret entre en vigueur dès sa publication.