



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

25 juin 2008

Rapport explicatif
relatif à la loi fédérale sur la prévention et la promotion de
la santé
(loi sur la prévention, LPrév)

Condensé

Les mutations sociales du xx^e siècle ont conduit à une modification de l'éventail des maladies et des causes de décès. Depuis que les conditions sociales et d'hygiène ont évolué, et que des vaccins sont là pour empêcher certaines épidémies, les tableaux cliniques se sont fortement modifiés au sein de la population. Aujourd'hui, ce ne sont plus les maladies infectieuses mais les maladies cardio-vasculaires et cancéreuses qui, outre les accidents et les suicides, représentent les principales causes de perte prématurée d'années de vie. Or, en raison du changement démographique, les effets de ces maladies sur l'état de santé de la population, mais aussi sur l'évolution des coûts de santé, vont continuer de s'intensifier.

Bon nombre des maladies peuvent être évitées, ou du moins retardées, par un mode de vie sain et des conditions de vie saines. L'état de santé de la population suisse, actuellement meilleur que la moyenne en comparaison internationale, ne pourra être maintenu qu'en renforçant les principes de prévention et de promotion de la santé au niveau politique, et en les ancrant plus solidement non seulement dans le système et la politique de santé, mais aussi dans d'autres secteurs politiques (p. ex. politique de l'éducation, politique économique et sociale, politique de l'environnement).

Les investissements dans la prévention et la promotion de la santé améliorent l'état de santé et la qualité de vie des individus, et aident à renforcer les capacités fonctionnelles de la société ainsi qu'à préserver la capacité de travail de la population et la productivité de l'économie. Ils permettent, par voie de conséquence, de prévenir les décès prématurés et les mises à la retraite anticipée liées à la maladie, de limiter les pertes de production associées à la maladie dans les entreprises, de préserver l'autonomie des personnes âgées et d'éviter, ou en tout cas de retarder, la dépendance aux soins. Renforcer la culture sanitaire de la population permet également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut, à long terme, contribuer à freiner l'augmentation des coûts du système de santé.

Contexte

Après l'échec de la première proposition de loi fédérale sur la prévention en 1984, la politique de la santé s'est principalement concentrée sur la médecine curative et le financement des systèmes de soins. En raison des nouveaux défis qui se posent à elle – évolution démographique, augmentation des maladies chroniques et apparition ou réapparition de maladies infectieuses – on constate cependant depuis quelque temps et ce, sur le plan national comme international, que des efforts sont faits pour renforcer la prévention et la promotion de la santé.

Le rapport établi par une commission spécialisée, mise sur pied en septembre 2005 par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), parvient aux mêmes conclusions que des experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation de coopération et de développement (OCDE) : en raison de la faiblesse structurelle dont souffre actuellement le domaine de la prévention et de la promotion de la santé

en Suisse, le renforcement de ces deux domaines ainsi que l'amélioration de la coordination et de l'efficacité des activités déjà en cours ne peuvent passer que par l'adoption de nouvelles bases légales.

Le Conseil fédéral a suivi ces recommandations et, le 28 septembre 2007, a chargé le DFI d'élaborer, d'ici à l'automne 2008, un avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention, LPrév). Cette loi vise plusieurs objectifs : amélioration du pilotage, de la coordination et de l'efficacité des différentes mesures ; suppression des lacunes dans la législation fédérale en matière de prévention et de détection précoce des maladies non transmissibles et psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses ; adaptation des modalités de gestion des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) aux directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise.

Eléments centraux du projet

Prévention des maladies non transmissibles et psychiques : comme son objet englobe l'ensemble des maladies visées à l'art. 118, al. 2, let. b, Cst., l'avant-projet de LPrév fournit à la Confédération la base légale qui lui manquait jusqu'à présent pour pouvoir prendre des mesures dans le domaine de la prévention et de la détection précoce des maladies non transmissibles et psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses. L'avant-projet de LPrév n'a aucune conséquence sur les réglementations actuellement en vigueur dans les domaines de la prévention des accidents, de la sécurité au travail et de la protection de la santé au travail.

Instruments de pilotage et de coordination : comme le paysage national de la prévention et de la promotion de la santé souffre d'un manque globale de stratégie, l'avant-projet de loi sur la prévention (avant-projet de LPrév) prévoit deux nouveaux instruments stratégiques de pilotage : les objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé (tous les huit ans) et la stratégie du Conseil fédéral pour la prévention et la promotion de la santé (tous les quatre ans). Cette dernière fixe notamment les bases stratégiques pour les programmes nationaux, les objectifs stratégiques pour l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, qui sera créé, ainsi que les bases stratégiques pour l'utilisation des recettes perçues sur les prélèvements pour la santé (environ 17 millions francs de la taxe pour la prévention du tabagisme et environ 18 millions francs du supplément de prime LAMal par année). Au niveau de la mise en œuvre, les procédures devront, à l'avenir également, être définies dans chaque domaine sous la forme de programmes nationaux de prévention, de détection précoce ou de promotion de la santé.

Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons : la répartition fédérale des compétences veut que les cantons soient responsables de l'exécution des mesures de prévention et de promotion de la santé. Ils sont légalement tenus de créer les infrastructures nécessaires. La Confédération ne s'occupe que des domaines où il est judicieux et nécessaire d'avoir une démarche nationale concertée (programmes nationaux, information et campagnes, collaboration internationale). Dans le même temps, la Confédération entend désormais apporter une meilleure assistance technique et méthodologique aux cantons et aux organisations privées de santé et de

prévention dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de prévention et de promotion de la santé (mesures de soutien, mesures d'encouragement dans les domaines de la recherche ainsi que de la formation et du perfectionnement).

Financement et utilisation des prélèvements pour la prévention : chaque niveau de l'Etat (Confédération ou cantons) est responsable du financement des tâches qui entrent dans son champ de compétence. Les recettes provenant des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) doivent continuer d'être utilisées en priorité, outre pour financer des programmes nationaux, pour (co)financer les activités de prévention et de promotion de la santé émanant des cantons et des organisations privées de santé et de prévention. En outre, les conditions légales doivent être créées pour octroyer des aides financières à des organisations faîtières nationales.

Simplification et réorganisation des structures de prévention au niveau fédéral : l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé (institut), qui sera créé sous le statut d'établissement de droit public de la Confédération, deviendra le partenaire central des cantons ainsi que des organisations privées de prévention et de santé. Son champ d'activités futur englobera la fourniture de mesures techniques et méthodologiques de soutien ainsi que la conception et la réalisation de programmes nationaux et l'octroi de contributions perçues sur les prélèvements pour la prévention.

La fondation de droit privé Promotion Santé Suisse, créée en vertu de l'art. 19 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS. 832.10), ainsi que le service de gestion de la taxe pour la prévention du tabagisme (fonds de prévention du tabagisme), actuellement rattaché à l'OFSP, seront intégrés dans l'institut. La future loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé règle l'organisation, le pilotage et la surveillance de l'institut.¹

Conséquences sur le budget de la Confédération

Les nouvelles bases légales dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé (loi sur la prévention et loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé) n'entraînent pas de charges supplémentaires pour le budget de la Confédération. A plus long terme, les besoins financiers pour la réalisation de programmes nationaux de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ainsi que pour l'octroi de contributions à des programmes et à des mesures émanant des cantons et d'organisations privées de prévention et de santé augmenteront. Ces besoins seront couverts par le prélèvement du supplément de prime LAMal auprès de chaque assuré obligatoire ; actuellement de 2,40 francs par an.

¹ Il est prévu de réunir les deux textes dans une seule et même loi après la procédure de consultation.

Table des matières

Condensé	2
1 Grandes lignes du projet	9
1.1 Contexte	9
1.1.1 Ancrage dans la politique de santé	9
1.1.2 Prévention et promotion de la santé en Suisse	10
1.1.3 Législation	16
1.1.4 Faiblesses du système actuel	20
1.1.5 Efforts de réforme déployés dans les années 80	22
1.1.6 Travaux préparatoires	23
1.1.7 Mandat du Conseil fédéral	24
1.1.8 Procédure suivie pour l'élaboration de l'avant-projet	25
1.2 Objectifs de la réglementation proposée	26
1.3 Eléments centraux de la réglementation proposée	27
1.3.1 Instruments de pilotage et de coordination	27
1.3.2 Mesures de prévention des maladies non transmissibles et psychiques	28
1.3.3 Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons	28
1.3.4 Principes de financement	29
1.3.5 Simplification et réorganisation des structures de prévention au niveau fédéral	30
1.3.6 Autres nouveautés	30
1.4 Concordance des tâches et moyens financiers	31
1.5 Développements internationaux et relation avec le droit européen	31
1.5.1 Développements internationaux	31
1.5.2 Relation avec le droit européen	34
1.6 Mise en œuvre	35
1.7 Classement des interventions parlementaires	36
2 Commentaire	37
2.1 Section 1 : Dispositions générales	37
2.2 Section 2 : Instruments de pilotage et de coordination	42
2.3 Section 3 : Tâches de la Confédération	47
2.4 Section 4 : Tâches des cantons	51
2.5 Section 5 : Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé	52
2.6 Section 6 : Prélèvements pour la prévention	52
2.7 Section 7 : Aides financières et autres mesures d'encouragement	55
2.8 Section 8 : Statistiques et rapports sanitaires	56
2.9 Section 9 : Exécution	58
2.10 Section 10 : Dispositions finales	60
3 Conséquences	62
3.1 Conséquences pour la Confédération	62
3.2 Conséquences pour les cantons et les communes	63
3.3 Conséquences économiques	64

4 Aspects juridiques	73
4.1 Constitutionnalité	73
4.2 Forme de l'acte à adopter	74
4.3 Conformité à la loi sur les subventions	74
4.4 Délégation de compétences législatives	75

Liste des abréviations

AA	assurance-accidents
AI	assurance-invalidité
AIR	analyse d'impact de la réglementation
al.	alinéa
AMal	assurance-maladie
ANP	accident non professionnel
AP	accident professionnel
ARCVM	assurance responsabilité civile véhicules à moteur
art.	article
AVS	assurance-vieillesse et survivants
BGBI	Journal officiel de la République d'Autriche
bpa	Bureau de prévention des accidents
CE	Communauté européenne
CEDH	Convention européenne des droits de l'homme
CFST	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CP	Code pénal suisse
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EIS	évaluation de l'impact sanitaire
FF	Feuille fédérale
FPT	fonds de prévention du tabagisme
FSR	Fonds de sécurité routière
LAA	loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents
LAI	loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité
Lalc	loi fédérale du 21 juin 1932 sur l'alcool
LAMal	loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie
LAU	loi fédérale du 8 octobre 1999 sur l'aide aux universités et la coopération dans le domaine des hautes écoles (loi sur l'aide aux universités)
LAVS	loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants
LCR	loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière
LDAI	loi fédérale du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (loi sur les denrées alimentaires)
LEp	loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies)
let.	lettre
LF	loi fédérale
LFPr	loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle
LHES	loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les hautes écoles spécialisées
LIB	loi fédérale du 6 octobre 2006 sur l'imposition de la bière

LPMéd	loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales)
LOGA	loi sur l'organisation du gouvernement et de l'administration
LPrév	loi sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention)
LPTH	loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques)
LRTV	loi fédérale du 24 mars 2006 sur la radio et la télévision
LSIT	loi fédérale du 19 mars 1976 sur la sécurité d'installations et d'appareils techniques
LStup	loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (loi sur les stupéfiants)
LSu	loi fédérale du 5 octobre 1990 sur les aides financières et les indemnités (loi sur les subventions)
LTab	loi fédérale du 21 mars 1969 sur l'imposition du tabac
LTr	loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (lois sur le travail)
O	ordonnance
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFROU	Office fédéral des routes
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSPD	Office fédéral du sport
OMS	Organisation mondiale de la santé
Org DETEC	ordonnance du 6 décembre 1999 sur l'organisation du Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication
Org DFE	ordonnance du 14 juin 1999 sur l'organisation du Département fédéral de l'économie
Org DFF	ordonnance du 11 décembre 2000 sur l'organisation du Département fédéral des finances
Org DFI	ordonnance du 28 juin 2000 sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur
PIB	produit intérieur brut
RFA	Régie fédérale des alcools
RS	Recueil systématique du droit fédéral
UE	Union européenne

Rapport explicatif

1 Grandes lignes du projet

1.1 Contexte

1.1.1 Ancrage dans la politique de santé

Les mutations sociales du xx^e siècle ont conduit à une modification du spectre des maladies et des causes de décès. Jusqu'au xix^e siècle, les infections étaient la principale cause de maladie et de décès prématuré. Mais depuis que les conditions sociales et d'hygiène ont évolué, et que des vaccins sont là pour empêcher certaines épidémies, les tableaux cliniques se sont fortement modifiés au sein de la population. Aujourd'hui, ce sont les maladies cardio-vasculaires et cancéreuses qui, outre les accidents et les suicides, représentent les principales causes de perte prématurée d'années de vie. Or, avec le vieillissement de la population, les effets de ces maladies sur l'état de santé de la population suisse, mais aussi sur l'évolution des coûts de santé, vont continuer de s'intensifier.

Depuis la première moitié du xx^e siècle, l'idée s'est peu à peu imposée dans la littérature scientifique que la santé de l'individu ne se résume pas à une simple question de biologie humaine, mais qu'elle intègre d'autres aspects qui doivent aussi être pris en considération. En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a donné de la santé une définition qui reprend cette idée, posant les fondements nécessaires à l'établissement d'une conception globale de la santé, depuis adoptée par presque tous les pays et organisations. Cette définition présente la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social », c'est-à-dire, et c'est là la principale raison pour laquelle elle était à l'époque révolutionnaire, comme un état allant au-delà de la simple absence de maladie.

La « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé »² est venue relativiser cette approche très absolue et statique de la santé. Depuis sa signature en 1986, l'accent est mis sur la nécessité de donner aux individus les moyens de prendre le contrôle de leur santé et d'améliorer celle-ci. En particulier sur l'idée que la santé ne dépend pas uniquement des conditions offertes par le système de santé, des prédispositions biologiques et génétiques, ou encore des modes de vie individuels, mais qu'elle repose sur d'autres éléments déterminants, à savoir sur la possibilité de vivre dans un climat de paix, de bénéficier de conditions de logement décentes, de s'instruire, de se nourrir convenablement, de vivre dans un environnement préservé, de compter sur une utilisation parcimonieuse des ressources naturelles, et enfin d'accéder à des soins médicaux suffisants.

Ainsi la santé au sens large se compose-t-elle de facteurs physiques, psychiques, sociaux et environnementaux. Chaque individu, handicapé ou non, construit et vit sa santé en fonction de son environnement quotidien et au fil de ses activités, en jouant, en apprenant, en travaillant et en aimant. Etre dans un bon état de santé est une condition indispensable pour s'épanouir socialement, économiquement et personnel-

² Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, 1986 ; accessible par ex. sous http://www.radix.ch/d/data/data_451.pdf

lement, en même temps qu'un élément déterminant des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie.

L'amélioration de l'état de santé et l'allongement de l'espérance de vie que l'on peut observer depuis le XIX^e siècle ne s'expliquent pas uniquement par les progrès de la médecine curative. Ils découlent aussi, et pour une large part, des développements économiques et sociaux, de la stabilité étatique et des avancées réalisées dans les domaines de l'environnement, de l'hygiène et de l'éducation. La contribution de la médecine curative à l'amélioration des résultats sanitaires et de l'espérance de vie a été estimée entre 10 % à 40 % (résultats variant en fonction des modèles et méthodes utilisés, ainsi qu'en fonction du sexe), le reste de l'amélioration étant en premier lieu attribuable aux progrès accomplis au niveau des conditions et des modes de vie.

Sachant que nombre des maladies évoquées plus haut peuvent être évitées, ou du moins retardées, par un mode de vie sain et des conditions de vie salutogènes, il apparaît aujourd'hui plus que jamais nécessaire de renforcer les principes de la prévention et de la promotion de la santé au niveau politique, et de les ancrer plus solidement non seulement dans le système et la politique de santé mais aussi dans d'autres secteurs politiques (par ex. politique de l'éducation, politique économique et sociale, politique de l'environnement). C'est en effet le seul moyen de maintenir à long terme l'état de santé de la population suisse, actuellement meilleur que la moyenne en comparaison internationale.

Sur la base de ces éléments, tout le monde s'accorde à dire aujourd'hui que les investissements dans la prévention et la promotion de la santé aident aussi à renforcer les capacités fonctionnelles de la société ainsi qu'à préserver la capacité de travail de la population et la productivité de l'économie. La prévention et la promotion de la santé permettent, par voie de conséquence, de prévenir les décès prématurés et les mises à la retraite anticipée liées à la maladie, de limiter les pertes de production liées à la maladie dans les entreprises, de préserver l'autonomie des personnes âgées, et d'éviter, ou en tout cas de retarder, la dépendance aux soins. Et, comme elles renforcent la culture sanitaire de la population, elles permettent également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut, à long terme, contribuer à freiner l'augmentation des coûts du système de santé.

L'objectif poursuivi à travers l'avant-projet de LPrév est de donner des bases solides à l'organisation future de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. En particulier de renforcer la coordination et le pilotage des mesures, de clarifier la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, et de réorganiser les flux et le pilotage financiers au niveau fédéral.

1.1.2 Prévention et promotion de la santé en Suisse

Organisation et acteurs

En Suisse, de nombreux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux s'engagent à l'échelle communale, cantonale et nationale en faveur de la prévention et de la promotion de la santé. Tandis que la Confédération est en particulier active dans la prévention des dépendances (alcool, tabac, drogues), dans la lutte contre les maladies transmissibles, dans la prévention des accidents et maladies professionnels ainsi que dans la prévention des accidents non professionnels, les cantons et les

acteurs privés jouent un rôle clé dans la prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques ainsi que dans la promotion de la santé. Les cantons sont en outre responsables de l'exécution de la loi sur les épidémies, de la loi sur les stupéfiants ainsi que de la loi sur le travail. Au niveau de la mise en œuvre, la structure fédérale de la Suisse a permis d'engranger une profusion d'expériences en ce qui concerne la conception et l'application de mesures concrètes de prévention et de promotion de la santé répondant aux différents besoins cantonaux et communaux.

Tableau 1 : Acteurs à l'échelle fédérale

Institution	Bases légales	Forme juridique	Domaines d'action
Bureau de prévention des accidents	LAA, art. 88	Fondation de droit privé	Prévention des accidents dans l'habitat, les loisirs et la circulation routière
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents	LAA, art. 61	Institution de droit public	Sécurité au travail, promotion de la santé en entreprise, prévention des accidents durant les loisirs
Caisses-maladie	LAMal, art. 19 et 26	Associations, coopératives ou caisses publiques, sociétés anonymes, fondations,	Gestion de la fondation Promotion Santé Suisse, financement de prestations de prévention médicale
Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail	LAA, art. 85	Commission d'administration extra-parlementaire	Sécurité au travail (prévention des accidents et maladies professionnels)
Direction du développement et de la coopération	Org DFAE, LF sur la coopération au développement et l'aide humanitaire internationales	Unité de l'administration centrale	Prévention et promotion de la santé dans le cadre de la collaboration et de l'aide humanitaire internationales
Fondation Promotion Santé Suisse	LAMal, art. 19	Fondation de droit privé	Alimentation et activité physique, santé psychique, promotion de la santé en entreprise
Fonds de prévention du tabagisme	LTab, art. 28, Ord. sur le fonds de prévention du tabagisme	Fonds de droit spécial (géré par un service de l'OFSP)	Prévention du tabagisme
Fonds de sécurité routière	Loi sur une contribution à la prévention des accidents	Institution de droit public	Prévention des accidents de la route
Office fédéral des routes	Org DETEC, LCR, art. 2a	Unité de l'administration centrale	Prévention des accidents de la route
Office fédéral du sport	Loi fédérale encourageant la gymnastique et les sports	Unité de l'administration centrale	Promotion de l'activité physique
Office fédéral de la santé publique	Org DFI, lois spéciales	Unité de l'administration centrale	Prévention des maladies transmissibles, de l'abus de drogues et d'alcool et du tabagisme, alimentation et activité physique, migration et santé
Office vétérinaire fédéral	Org DFE, loi sur les épizooties	Unité de l'administration centrale	Surveillance et lutte contre les zoonoses
Régie fédérale des alcools	Org DFF, Lalc, art. 43a	Institution de droit public	Prévention de l'alcoolisme
Secrétariat d'Etat à l'économie	Org DFE, LTr, LSIT	Unité de l'administration centrale	Protection de la santé au travail, promotion de la santé en entreprise

Le tableau ci-dessus présente les acteurs qui, sur la base de lois fédérales, conçoivent et mettent en œuvre des mesures de prévention des maladies ou des accidents ainsi que des mesures de promotion de la santé.³

En matière de prévention et la promotion de la santé, les formes d'organisation et les modèles de collaboration sont réglés de manières très différentes en fonction des domaines et sont donc extrêmement variés. La plupart des structures organisationnelles ont une origine historique :

- La *prévention des accidents et maladies professionnels* est largement réglementée et bien organisée. La loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA) définit le rôle des organes d'exécution de la sécurité au travail (autorités de surveillance), règle la coordination entre ces organes, l'application obligatoire des prescriptions et directives légales ainsi que le financement de mesures concrètes. L'organe central de coordination dans ce domaine est la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST).
- Dans le domaine de la *prévention des accidents non professionnels*, les prescriptions du droit fédéral exigent également une certaine coordination, ainsi qu'un certain niveau de collaboration avec les autres institutions de prévention et de promotion de la santé. La coordination pour l'ensemble de la Suisse est assurée par le Bureau de prévention des accidents (bpa). La coordination des mesures de prévention des accidents de la route incombe au Fonds de sécurité routière (FSR).
- Pour ce qui est de la *prévention des maladies et de la promotion de la santé*, l'organisation et la collaboration se révèlent plus confuses en raison notamment de la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons. Mais il est vrai que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la fondation Promotion Santé Suisse assurent, à travers leurs programmes nationaux de prévention et leurs stratégies à long terme sur des thèmes clés, une certaine coordination dans leurs domaines de responsabilité respectifs.

Dépenses et sources de financement

En 2005, la Suisse a investi au total 51,73 milliards de francs dans son système de santé, soit 11,5 % du produit intérieur brut (PIB) enregistré cette année-là. Ces 51,73 milliards de francs ont été consacrés à hauteur de 93 % (48 milliards de francs) à la prise en charge médicale de la population et, selon les statistiques, à hauteur de 2,1 % (1,13 milliard de francs) à la prévention et la promotion de la santé. Ce dernier chiffre place la Suisse en dessous de la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui est de 2,7 %. Les pays qui se trouvent au-dessus de cette moyenne sont les Pays-Bas (5,5 %), la Hongrie (5,0 %), l'Allemagne (4,8 %), les Etats-Unis (3,9 %), la Finlande (3,8 %), la Pologne (3,4 %), le Mexique (3,3 %), l'Australie (3,1 %) et la République tchèque (2,9 %).⁴

³ Pour plus d'informations sur les activités des différents acteurs mentionnés, cf. Office fédéral de la santé publique, rapport « Prévention et promotion de la santé en Suisse », Berne, 28 septembre 2007, annexe 3 ; accessible sous www.bag.admin.ch/pgf2010

⁴ Office fédéral de la santé publique : rapport « Prévention et promotion de la santé en Suisse », Berne, 28 septembre 2007, page 28.

Tandis que le total des investissements dans le système de santé suisse a crû de 38,6 %, soit de 14,63 milliards de francs, entre 1996 et 2005, les dépenses de prévention et de promotion de la santé ont augmenté au cours de la même période de 13 %, c'est-à-dire de 130 millions de francs. La part de ces dépenses dans le total des investissements a ainsi diminué, passant de 2,6 % en 1996 à 2,1 % en 2005.

Ces indications se basent sur les statistiques des finances publiques de l'Administration fédérale des finances, lesquelles n'apportent toutefois que des renseignements limités sur les dépenses de prévention et de promotion de la santé, et ce pour les raisons suivantes :

- On ne dispose, ni à l'échelle cantonale ni à l'échelle fédérale, d'aucune définition homogène des dépenses publiques qui doivent être comptabilisées sous la rubrique « prévention et promotion de la santé », ce qui peut entraîner une distorsion des données statistiques.
- Les administrations et les comptes financiers de la Confédération, des 26 cantons et des quelque 2700 villes et communes sont organisés et structurés de différentes manières. Cela signifie pour le secteur de la santé, non seulement que les mesures de prévention et de promotion de la santé sont prises par différents offices cantonaux et fédéraux, mais aussi que les dépenses correspondantes sont comptabilisées sous différentes rubriques. De ce fait, il est difficile actuellement de comparer les données des différents cantons et d'analyser les chiffres à l'échelle de la Suisse.
- Les dépenses relevées pour la Confédération comprennent uniquement les dépenses qui sont financées par les recettes fiscales. Par conséquent, les chiffres ne comprennent ni les dépenses de prévention médicale prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 26 de la loi fédérale du 18 mars 1994⁵ sur l'assurance-maladie (LAMal), ni les contributions versées par la Régie fédérale des alcools (RFA) aux organisations nationales de prévention de l'alcoolisme, ni les dépenses du FSR, de la fondation Promotion Santé Suisse et du fonds de prévention du tabagisme (FPT). Les dépenses de la fondation Promotion Santé Suisse sont néanmoins comprises dans celles des assurances sociales (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Dépenses pour la prévention et la promotion de la santé effectuées par les différents contributeurs directs⁶

Contributeurs directs	2004 Mio. CHF	2005 Mio. CHF	2004 Part en %	2005 Part en %
Confédération	62,4	54,2	5,5	4,8
Cantons ¹⁾	252,3	244,9	22,4	21,6
Communes ¹⁾	124,2	129,0	11,0	11,4
Assurances sociales	282,1	291,8	25,1	25,7
dont - LAMal ²⁾	14,3	15,9	1,3	1,4
- LAA ³⁾	117,9	120,3	10,5	10,6
- AVS/AI ⁴⁾	149,8	155,6	13,3	13,7
Ménages privés ¹⁾	179,1	182,4	15,9	16,1
Autres financements privés ¹⁾	222,6	231,2	19,8	20,4
Total⁵⁾	1 122,8	1 133,5	100,0	100,0

⁵ RS 832.10

⁶ Office fédéral de la statistique : Statistique du coût et du financement du système de santé 2004 – 2005

- ¹⁾ L'utilisation n'est pas connue avec précision.
²⁾ Dépenses de la fondation Promotion Santé Suisse ; ne sont pas indiquées les prestations de prévention médicale.
³⁾ Dépenses des organes d'exécution de la sécurité au travail et des organes de prévention des accidents non professionnels.
⁴⁾ Contributions de l'AI et de l'AVS aux organisations privées d'aide aux handicapés ; les contributions de l'AVS aux organisations d'ânés ne sont pas comprises dans les sommes indiquées.
⁵⁾ Sans les prestations de la RFA, du Fonds de sécurité routière et du FPT.

En 2005, les dépenses totales des acteurs mentionnés dans le tableau 1 ci-dessus se sont montées à environ 234 millions de francs (cf. tableau 3).

L'absence de définition homogène pour la prévention et la promotion de la santé mentionnée plus haut ainsi que l'hétérogénéité des structures des comptes publics font qu'il est impossible de comparer précisément les dépenses de prévention et de promotion de la santé des différents cantons. D'après les chiffres disponibles, la part de ces dépenses dans les dépenses totales des cantons pour la prise en charge médicale s'est élevée en 2004 à 3,6 % en moyenne. Cette même année, les cantons ont investi au total 252,3 millions de francs dans la prévention et la promotion de la santé. Les fonds concernés sont allés, entre autres, à la santé scolaire, à des projets et à des institutions de prévention et de promotion de la santé (en particulier à des projets portant sur les dépendances et à des institutions travaillant sur cette question) et aux ligues cantonales de santé.

Tableau 3 : Dépenses pour la prévention et la promotion de la santé effectuées en 2005 à l'échelle fédérale⁷

Source de financement	Institution et utilisation des fonds	Dépenses 2005
Ressources générales de la Confédération	Office fédéral de la santé publique	31,65 mio.
	Crédit de prévention	29,85 mio.
	Contributions à la Ligue pulmonaire suisse	0,60 mio.
	Contributions à la Ligue suisse contre le rhumatisme	0,90 mio.
	Contributions à la Société Suisse de Nutrition	0,30 mio.
	Office fédéral du sport	1,40 mio.
	Office fédéral des routes	Dépenses non chiffrables ¹⁾
	Office vétérinaire fédéral	Dépenses non chiffrables ²⁾
	Secrétariat d'Etat à l'économie	0,55 mio.
Impôt sur l'alcool	Régie fédérale des alcools (sans la dîme de l'alcool)	1,87 mio.
Taxe de prévention du tabagisme	Fonds de prévention du tabagisme	14,96 mio.
Supplément sur la prime d'assurance accident professionnel (AP)	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail	101,61 mio.
	Dépenses pour les activités propres	1,00 mio.
	Dépenses de la SUVA (sécurité au travail)	86,41 mio.
	Dépenses des organisations spécialisées et des inspections cantonales du travail	13,50 mio.
	Dépenses du Secrétariat d'Etat à l'économie (inspection fédérale du travail)	0,70 mio.
Supplément sur la prime d'assurance accident non-professionnel (ANP)	Bureau de prévention des accidents	24,87 mio.
	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (sécurité des loisirs, y compris frais de personnel)	6,60 mio.

⁷ Sources : rapports annuels 2005 et indications des acteurs concernés

Supplément de prime ARCV	Fonds de sécurité routière	17,72 mio.
Supplément de prime LAMal	Fondation Promotion Santé Suisse	18,73 mio.
Contributions de l'assurance-invalidité ³⁾	Office fédéral des assurances sociales	14,52 Mio.
	Contributions à l'Aide Suisse contre le Sida	0,33 mio.
	Contributions à la Ligue suisse contre le cancer	2,99 mio.
	Contributions à la Ligue pulmonaire suisse	6,39 mio.
	Contributions à la Ligue suisse contre le rhumatisme	2,43 mio.
	Contributions à l'Association Suisse du diabète	0,74 mio.
	Contributions à la Société Suisse pour la Mucoviscidose (fibrose kystique)	0,27 mio.
	Contributions à la fondation Pro Mente Sana	1,37 mio.
Primes LAMal	Caisses-maladie ; santésuisse (prévention médicale)	Dépenses non chiffrables ⁴⁾
Total		234,48 mio.

¹⁾ L'Office fédéral des routes (OFROU) a pour mission de rendre la mobilité sur les routes aussi sûre que possible. La prévention des accidents ne constitue donc pas sa seule activité. Aussi, il est impossible de chiffrer précisément les dépenses effectuées par l'office dans ce domaine en particulier.

²⁾ Les dépenses engagées par l'Office vétérinaire fédéral (OVF) en faveur de la prévention des zoonoses ne peuvent être chiffrées avec précision, car il est impossible de les extraire complètement des dépenses globales de l'OVF pour la lutte et la prévention contre les maladies animales.

³⁾ En vertu de l'art. 101^{bis} de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS)⁸, l'assurance-invalidité verse également des contributions annuelles à l'Association Alzheimer Suisse, à Parkinson Suisse ainsi qu'à la Croix-Rouge suisse. Sachant néanmoins qu'elles ne sont pas explicitement destinées à des mesures de prévention ou de promotion de la santé, ces contributions n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus, même si les activités qu'elles permettent de soutenir comprennent une partie de prévention et de promotion de la santé.

⁴⁾ Les coûts des prestations de médecine préventive obligatoirement prises en charge en vertu de la LAMal ne sont pas relevés séparément dans les statistiques des assureurs.

Efficacité des mesures de prévention et de promotion de la santé

Les services fédéraux sont tenus d'assurer que leurs politiques, stratégies et mesures sont adéquates, efficaces et économiques. Afin de souligner l'importance de ce principe, l'évaluation de l'efficacité a été inscrite dans la Constitution fédérale (Cst.) lors de la révision totale de 1999 (art. 170 Cst.).

Tous les acteurs mentionnés ci-dessus vérifient régulièrement l'efficacité de leurs actions par le biais d'évaluations. Or les résultats de ces évaluations montrent que les mesures prises sont en général adéquates et efficaces. Et une analyse croisée de diverses de ces mêmes évaluations fait ressortir que les facteurs suivants jouent un rôle essentiel dans l'efficacité des mesures de prévention et de promotion de la santé :

- élaboration d'un paquet de mesures complet, s'adressant à la fois à la population dans son ensemble, à des groupes de personnes définis et à des individus déterminés ;⁹
- intégration de campagnes médiatiques dans les programmes de prévention, les plans d'action et les stratégies de politique de santé ;

⁸ RS 831.10

⁹ Les mesures en question peuvent se révéler encore plus efficaces si elles sont déployées simultanément à l'échelle individuelle, locale et nationale, et si elles sont combinées avec des mesures d'éducation à la santé à plus long terme.

- prise en compte des différents milieux de vie (école, lieu de travail, etc.) et implication des différents partenaires ;
- utilisation de différents messages et stratégies en fonction du public visé (population dans son ensemble, groupes de personnes, individus) ;
- lancement d'actions visant à modifier les normes sociales (par ex. à établir le fait de ne pas fumer comme nouvelle évidence sociale) et à orienter les individus vers un comportement préventif et un mode de vie salutogène ;
- introduction de mesures légales et d'instruments de pilotage spécifiques (par ex. prélèvement d'impôts d'incitation, mesures de régulation du marché telles que restrictions de vente ou taxes, mais aussi incitations positives telles que subventions et contributions à des projets).

1.1.3 Législation

Généralités

La législation en matière de prévention et de promotion de la santé manque d'homogénéité et de clarté, et présente des lacunes importantes. Ainsi, les dispositions légales (pour certaines fédérales et pour d'autres cantonales) de prévention des maladies et de promotion de la santé s'appliquent uniquement à certains domaines et sont formulées de manière relativement imprécise, ou en tout cas très ouverte. En outre, au niveau de la Confédération, la structure des normes constitutionnelles et légales est axée sur d'autres thématiques (par ex. catégories de produits, établissements d'assurances) que celle de la prévention et de la promotion de la santé, qui est axée sur les maladies ou les facteurs de risque. Par ailleurs, il existe une profusion de réglementations légales en ce qui concerne la sécurité au travail selon la LAA ainsi que la protection de la santé au travail.¹⁰

Législation sur les produits

De nombreuses lois fédérales règlent l'utilisation de certains produits dans le but de protéger la santé. En prescrivant par exemple un devoir d'information du public, elles apportent une contribution à la prévention et à la promotion de la santé de manière générale. Il s'agit notamment des lois sur les stupéfiants, les produits thérapeutiques, les produits chimiques, la radioprotection et les denrées alimentaires. Mais ces lois contiennent aussi parfois des prescriptions pouvant servir de base à des mesures spécifiques de prévention et de promotion de la santé dans le domaine concerné.

Mentionnons par exemple la loi fédérale du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires et les objets usuels (LDAI)¹¹. L'art. 12 LDAI donne à la Confédération la compétence d'informer le public des connaissances scientifiques d'intérêt général en matière de nutrition, utiles notamment à la prévention des maladies et à la protection de la santé (al. 1). La Confédération peut, en outre, soutenir le travail d'information

¹⁰ Pour plus de détails, cf. Office fédéral de la santé publique : rapport « Prévention et promotion de la santé en Suisse », Berne, 28 septembre 2007, p. 15 ss et annexe 1, pp. 5 à 7 ; accessible sous www.bag.admin.ch/pgf2010

¹¹ RS 817

et de recherche en matière de nutrition accompli par d'autres institutions (al. 2). Elle a d'ailleurs déjà fait usage de cette compétence à maintes reprises.

La loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques, LPTh)¹² vise, en vue de protéger la santé de l'être humain et des animaux, à garantir la mise sur le marché de produits thérapeutiques de qualité, sûrs et efficaces (art. 1, al. 1, LPTh). L'art. 67 de cette même loi prévoit différentes activités d'information : premièrement, l'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic, doit veiller à ce que le public soit informé des événements particuliers en relation avec les produits thérapeutiques présentant un danger pour la santé, et à ce qu'il reçoive des recommandations sur le comportement à adopter face à ces événements ; deuxièmement, Swissmedic peut publier les informations d'intérêt général en rapport avec les produits thérapeutiques, notamment les décisions d'autorisation de mise sur le marché et de révocation ainsi que les modifications d'informations destinées aux professionnels et aux patients ; et, troisièmement, les services fédéraux compétents peuvent informer le public sur l'utilisation correcte des produits thérapeutiques aux fins de protéger la santé et de lutter contre l'usage abusif desdits produits. Toutes ces activités visent à garantir la protection de la santé dans le cadre de l'utilisation des produits thérapeutiques et correspondent ainsi à l'objet de la LPTh. Aucune d'entre elles, par contre, ne vise la prévention et la détection précoce des maladies, ni la promotion de la santé.

La loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup)¹³, qui se limitait au départ au contrôle des stupéfiants, contient depuis sa révision, en 1975, des mesures médico-sociales et d'assistance (art. 15 à 15c LStup). Les cantons se sont ainsi vu confier la tâche de prévenir l'abus de stupéfiants en créant des institutions d'information et de consultation, en pourvoyant à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance, et en favorisant la réinsertion professionnelle et sociale de ces mêmes personnes. En mars 2008, le Parlement a adopté une révision partielle de la LStup. Cette révision partielle, qui n'est toutefois pas encore entrée en vigueur, prévoit notamment de définir plus clairement la prévention, et de ne pas faire porter celle-ci uniquement sur les stupéfiants au sens de la loi, mais plus généralement, et toutes substances confondues, sur les troubles liés à l'addiction. Selon le nouveau texte, les cantons restent chargés de la prévention ; ils doivent en outre mettre en place le cadre adéquat et créer les organismes nécessaires. La Confédération est, quant à elle, responsable des programmes nationaux et soutient les cantons et les organisations privées par des prestations de service. Le repérage précoce des troubles liés à l'addiction, ou des risques de troubles liés à l'addiction, est également renforcé en élargissant la compétence des services de l'administration et des professionnels en matière d'annonce aux institutions de traitement ou aux services d'aide sociale compétents. Il est en outre inscrit dans la version partiellement révisée de la loi que la Confédération encourage la recherche ainsi que la formation et le perfectionnement, et qu'elle élabore des recommandations relatives à l'assurance qualité.

S'agissant de la législation sur les produits, il convient également de citer d'autres lois, relatives à d'autres domaines. Notamment la loi fédérale du 21 juin 1932 sur l'alcool (Lalc)¹⁴, qui contient en particulier des restrictions de vente, une interdiction

¹² RS 812.21

¹³ RS 812.121

¹⁴ RS 680

de vente aux enfants et aux adolescents (art. 41 Lalc), ainsi qu'une limitation de la publicité pour les boissons distillées (art. 42b Lalc). Ainsi que la loi fédérale du 24 mars 2006 sur la radio et la télévision (LRTV),¹⁵ qui contient elle aussi des limitations relatives à la publicité radiophonique et télévisée pour les boissons alcoolisées, le tabac et les médicaments (art. 10 LRTV).

Législation fiscale

L'art. 43a Lalc oblige la Confédération à verser des subsides aux organisations et institutions qui luttent contre l'alcoolisme sur le plan national ou intercantonal. L'art. 131, al. 3, Cst. stipule qu'un dixième du produit net de l'impôt sur les boissons distillées doit être versé aux cantons, et que ces derniers doivent utiliser les fonds ainsi perçus pour la prévention et la lutte contre l'abus de substances engendrant la dépendance. Dans la nouvelle loi fédérale sur l'imposition de la bière (LIB), qui est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2007¹⁶, les taux d'imposition ont été fixés en tenant compte des exigences de la protection de la jeunesse et de la santé (art. 1, al. 2).

La loi fédérale du 21 mars 1969 sur l'imposition du tabac (LTab)¹⁷ pose les bases légales du financement du FPT au moyen d'une taxe de prévention prélevée sur les cigarettes (art. 28). Le FPT finance des mesures de prévention destinées à empêcher le début de la consommation de tabac, à promouvoir l'arrêt de cette consommation et à protéger la population du tabagisme passif.

Lutte contre des maladies spécifiques

Pour ce qui est des maladies transmissibles, la Confédération a partiellement épuisé les compétences dont elle dispose au niveau législatif. Les mesures de lutte contre les maladies transmissibles prévues par la loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles (loi sur les épidémies, LEp)¹⁸ – pour laquelle un projet de révision totale a été mis en consultation fin 2007 –, telles que le devoir d'information pour empêcher la propagation de ces maladies (art. 3 LEp), servent aussi à la prévention. C'est le cas, par exemple, de la campagne STOP SIDA, ou encore des recommandations de vaccination. La loi du 1^{er} juillet 1966 sur les épizooties¹⁹ prévoit également plusieurs mesures de lutte contre les zoonoses (maladies animales pouvant se transmettre à l'homme) participant à la prévention des maladies concernées chez l'homme.

En outre, la loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose²⁰ fournit une base légale au versement de contributions fédérales à la prévention de la tuberculose.

Pour ce qui est des maladies non transmissibles, la Confédération n'a jusqu'à présent légiféré que dans le domaine des maladies rhumatismales. La loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales²¹ donne à la Confédération une base légale pour subventionner des organisations nationales de lutte contre les rhumatismes.

¹⁵ RS 784.40

¹⁶ RS 641.41

¹⁷ RS 641.31

¹⁸ RS 818.101

¹⁹ RS 916.40

²⁰ RS 818.102

²¹ RS 818.21

En exécution de l'initiative parlementaire Gutzwiller (04.476), la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) a décidé, le 31 mai 2007, de régler la protection contre le tabagisme passif dans une nouvelle loi spéciale.²² Cette loi est actuellement examinée par le Parlement.

Promotion de la santé non spécifique à des maladies

Pour ce qui est de la promotion de la santé non spécifique à des maladies, la Confédération ne peut actuellement s'appuyer que sur la loi fédérale du 17 mars 1972 encourageant la gymnastique et les sports²³, qui a pour but de favoriser le développement de la jeunesse ainsi que la santé et les aptitudes physiques de la population en général (art. 1). Cette loi est juridiquement et objectivement dépassée et se trouve actuellement en cours de révision totale. Sa nouvelle version prévoit explicitement un soutien de la Confédération aux programmes et projets visant à promouvoir la pratique régulière d'activités physiques et sportives (art. 4 du projet de révision). Les effets positifs de cette pratique sur la santé physique et psychique sont en effet prouvés, et il convient de susciter une large prise de conscience sur les intérêts qu'elle présente.

Assurance-maladie et assurance-accidents

La LAMal oblige les assureurs à gérer en commun avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies (art. 19) : cette tâche est aujourd'hui assurée par la fondation Promotion Santé Suisse, dont les activités sont financées grâce au prélèvement d'une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies auprès de chaque assuré obligatoire (art. 20 LAMal). Par ailleurs, elle stipule que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens médicaux destinés à détecter précocement les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés (art. 26). La notion de « prévention » y est utilisée au sens strict du terme et concerne les mesures individuelles, effectuées ou prescrites par un médecin sans présence de symptômes de maladie concrets mais en raison d'indices de menace élevée.²⁴

La LAA contient des prescriptions relatives à la sécurité au travail (art. 81 ss LAA) et à la prévention des accidents non professionnels (art. 87 et 88 LAA) qui sont étroitement liées à l'assurance-accidents obligatoire des travailleurs. Pour financer les mesures prévues, un supplément de prime est prélevé pour la prévention des accidents et maladies professionnels (art. 87 LAA) ainsi que pour la prévention des accidents non professionnels (art. 88 LAA). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et les autres assureurs sont tenus d'encourager la prévention des accidents non professionnels et de gérer une institution qui contribue, par l'information et des mesures générales de sécurité, à la prévention des accidents non professionnels et qui coordonne les efforts de même nature (art. 88 LAA). Cette tâche est aujourd'hui assurée par le bpa.

²² Rapport de la CSSS-CN du 1^{er} juin 2007, FF 2007 5853

²³ RS 415.0

²⁴ FF 1992 I 93, 136

Prévention et promotion de la santé au travail

La loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail (LTr)²⁵ vise la protection (ou la promotion) de la santé des travailleurs sur leur lieu de travail. Cette protection va plus loin que la simple prévention des accidents et couvre un éventail de risques plus large que la prévention des maladies professionnelles au sens de la LAA. Elle est axée en particulier sur le temps de travail (réglementation du temps de repos) ainsi que sur la protection des jeunes travailleurs, de la grossesse et de la maternité. Par ailleurs, la LTr protège les travailleurs contre les atteintes à l'intégrité personnelle ainsi que contre le surmenage physique et psychique.

Prévention routière

La loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR)²⁶ et la loi fédérale du 25 juin 1976 sur une contribution financière à la prévention des accidents de la route (loi sur une contribution à la prévention des accidents)²⁷ contiennent elles aussi des mesures destinées à prévenir les accidents. Selon l'art. 2a LCR, la Confédération peut encourager la sécurité au volant par des campagnes de sensibilisation et d'autres mesures de prévention. Et selon les art. 3 ss de la loi sur une contribution à la prévention des accidents, le Fonds de sécurité routière est chargé d'encourager et de coordonner les mesures visant à lutter contre les accidents de la circulation routière ainsi que de gérer les capitaux provenant des contributions qui sont perçues pour la prévention des accidents.

Dispositions cantonales

Tous les cantons possèdent des réglementations sur la prévention et la promotion de la santé, dont la portée et le degré de précision diffèrent cependant fortement selon les cas. Les dispositions concernées se trouvent dans les constitutions cantonales, dans les lois cantonales sur la santé et dans d'autres lois spéciales portant sur ce domaine, dans des ordonnances et des règlements, ainsi que dans des conventions intercantionales.²⁸

En outre, il existe des normes et déclarations d'intention à caractère non obligatoire dans des programmes de législature cantonaux, des directives de conseils d'État et des chartes sur la santé.

1.1.4 Faiblesses du système actuel

Le système actuel de prévention et de promotion de la santé présente une faiblesse notable : contrairement aux trois piliers de la prise en charge médicale des malades (traitement, rééducation et soins), la prévention et la promotion de la santé ne sont actuellement – à l'exception de la lutte contre les maladies transmissibles, de la prévention des toxicomanies, de la prévention des maladies professionnelles ainsi

²⁵ RS 822.11

²⁶ RS 741.01

²⁷ RS 741.81

²⁸ Il est renoncé ici à présenter toutes les dispositions cantonales. Ces dernières sont néanmoins aisément accessibles via la base de données de l'Institut du fédéralisme, sous www.lexfind.ch. Pour plus d'informations, cf. rapport du projet Politique nationale suisse de la santé « Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale », Berne, 2006.

que de la prévention des accidents – pas suffisamment ancrées, que ce soit au niveau conceptuel, politique, organisationnel ou juridique. Cette faiblesse structurelle a pour effet que la prévention des maladies et la promotion de la santé manquent bien souvent de pilotage et de coordination, mais aussi de transparence pour ce qui est des offres et des prestations.

Du point de vue du Conseil fédéral, des actions sont notamment nécessaires dans les cinq domaines suivants :

Elimination des lacunes dans la législation fédérale

Aujourd'hui, la Confédération ne dispose pas – en dépit du mandat qui lui est confié dans ce domaine par l'art. 118, al. 2, Cst. – des bases légales dont elle aurait besoin pour pouvoir agir dans le domaine de la prévention et de la détection précoce des maladies non transmissibles et des maladies psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses. Même si les maladies en question ne peuvent être correctement combattues que par des mesures volontaires axées sur la responsabilisation et l'information, les principes constitutionnels (principe de la légalité) exigent de meilleures bases juridiques y compris en ce qui les concerne.

Nécessité d'une stratégie globale de prévention et de promotion de la santé

L'absence actuelle de stratégie globale, c'est-à-dire d'objectifs globaux, dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé provoque la confusion, en ce sens que chaque acteur se base sur des lois spéciales différentes, que chaque domaine est soumis à des règles d'organisation et de collaboration particulières, et que chaque canton définit ses propres priorités. En outre, elle est à l'origine non seulement de nombreux doublons et chevauchements de compétences mais aussi de nombreuses lacunes. Ainsi, la coordination et la collaboration des différents acteurs, ainsi que la coordination des différentes mesures, ne sont encore régies par aucune règle à caractère obligatoire.

Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

Dans les domaines où s'est instaurée, sur la base de lois spéciales existantes, une tradition de collaboration et de répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (par ex. prévention des dépendances, lutte contre les maladies transmissibles), l'action commune fonctionne bien. En revanche, sur un certain nombre de questions nouvelles, comme la prévention des maladies psychiques, la prévention de la dépendance aux soins ou la lutte contre le surpoids, elle est (encore) inexistante, notamment en raison de l'absence de base légale fédérale. Cette situation a en particulier pour conséquence de susciter des incertitudes, y compris parmi les organisations privées de santé et de prévention. Aussi, beaucoup de cantons souhaitent que la Confédération joue un rôle plus actif dans l'accomplissement des tâches complexes, en priorité, et en accord avec eux, dans l'accomplissement des tâches de portée nationale relevant de l'expertise, de l'information et de la coordination de l'exécution.

Amélioration du pilotage des prélèvements pour la prévention

Les modalités actuelles de pilotage et d'utilisation des prélèvements pour la prévention – en particulier du supplément de prime LAMal – ne sont pas propices à une optimisation de l'utilisation des fonds. De plus, les délimitations entre la surveil-

lance (contrôle politico-légal), l'attribution de fonds et la mise en œuvre manquent souvent de clarté.

Financement des organisations de santé et de prévention

Pour l'heure, le financement des ligues de santé actives dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé est essentiellement basé sur la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)²⁹ et sur la loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales³⁰. Il faut cependant que l'aide financière destinée aux ligues en question s'étende au-delà des champs d'application de ces deux lois.

1.1.5 Efforts de réforme déployés dans les années 80

Dans son message du 22 mars 1978 sur l'initiative populaire contre la publicité pour des produits qui engendrent la dépendance (initiative dite des Bons Templiers), le Conseil fédéral a annoncé son intention de soumettre aux Chambres fédérales un projet de loi sur la prévention durant la législature 1979 – 1983³¹. Cette loi était essentiellement censée régler la prévention par le biais de l'éducation à la santé et d'autres mesures similaires. Peu après, le Conseil national et le Conseil des États ont demandé au Conseil fédéral, à travers la motion Schaffner du 21 juin 1978, d'intensifier les travaux préparatoires à une loi de prévention des toxicomanies et de soumettre le projet de loi correspondant dès que possible au Parlement.

Le 13 septembre 1979, un groupe de travail mis en place par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a été mandaté pour élaborer un rapport devant, entre autres, clarifier les effets d'un tel projet sur les relations entre la Confédération et les cantons ainsi que ses conséquences financières. Le groupe de travail en question a remis son rapport définitif au Conseil fédéral le 15 septembre 1982.³²

Sur la base des résultats de la procédure de consultation, et en particulier du rejet de presque tous les cantons, le Conseil fédéral a décidé de renoncer à élaborer une loi sur la prévention.³³ En lieu et place, il a, le 3 décembre 1984, demandé au DFI de réfléchir à la mise en place d'un fonds de prévention destiné, d'une part, à soutenir financièrement les organisations et services spécialisés (déjà en place ou à créer) s'occupant de prévention au niveau national et, d'autre part, à améliorer l'information de la population sur les questions de prévention des maladies en renforçant les services de documentation. Cette décision a été mise en œuvre en 1989, lorsque, sur proposition du canton de Vaud, la Confédération et les cantons se sont associés pour créer la « Fondation Suisse pour la Promotion de la Santé ». Suite à l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie, le 1^{er} janvier 1996, cette fonda-

²⁹ RS **831.20**

³⁰ RS **818.21**

³¹ FF **1978** I 1105 ss – L'initiative populaire a été rejetée par 59 % des votants à l'occasion de la votation populaire du 18 février 1979.

³² Groupe de travail pour l'élaboration des bases d'une loi fédérale sur la prévention des maladies (Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Grundlagen für ein Bundesgesetz über Krankheitsvorbeugung) : rapport sur les travaux préliminaires à la création d'une loi fédérale sur la prévention des maladies (rapport en allemand uniquement, intitulé « Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung »), Berne, août 1982

³³ BBl **1984** I 183 und 237 (décision sur le programme gouvernemental du 13 janvier 1984)

tion a été transformée sur ordre du Conseil fédéral en une institution gérée par les cantons et les assureurs et a été chargée à compter du 1^{er} janvier 1998 des tâches mentionnées à l'art. 19 LAMal. Jusqu'à la fin 2002, elle a porté le nom de « Fondation 19 », mais a ensuite été réorganisée et s'appelle depuis « Promotion Santé Suisse ».

Après l'échec de la première proposition de loi fédérale sur la prévention en 1984, la politique de la santé s'est principalement concentrée sur la médecine curative et le financement des systèmes de soins. En raison des nouveaux défis qui se posent à elle – évolution démographique, augmentation des maladies chroniques et apparition ou réapparition de maladies infectieuses –, on constate cependant depuis quelque temps, et ce sur le plan fédéral comme dans les cantons, que des efforts sont faits pour renforcer la prévention et la promotion de la santé.

1.1.6 Travaux préparatoires

Convaincu que l'état de santé relativement bon de la population suisse ne peut être maintenu à long terme qu'à condition de fixer de nouvelles priorités de politique de santé, et ce y compris dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, le DFI a, à l'automne 2004, demandé à l'OFSP de procéder à un examen critique des réglementations légales existantes en matière de prévention et de promotion de la santé dans la perspective d'une éventuelle nouvelle « loi sur la prévention ».

Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé »

En se basant sur les travaux préparatoires menés par l'OFSP et qui ont conclu que la base constitutionnelle existante permettait la promulgation d'une « loi sur la prévention », le DFI a, le 5 septembre 2005, mis en place la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la santé » (Commission spécialisée PPS2010), et lui a donné pour mission d'examiner les conditions de fond et de forme ainsi que la faisabilité politique d'une nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé. La Commission spécialisée PPS2010 lui a présenté en juin 2006 un rapport sur l'avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse, lequel contient entre autres des recommandations sur les mesures à prendre pour renforcer la prévention et la promotion de la santé.³⁴ Il s'agit en particulier des recommandations suivantes :

- renforcement de la prévention et de la promotion de la santé dans le système de santé et dans la politique de santé, mais aussi dans d'autres domaines politiques, tels que la politique de l'environnement, la politique de l'éducation, la politique économique ou la politique sociale ;
- établissement d'un processus structuré, participatif et continu d'élaboration d'objectifs de santé nationaux dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé afin d'améliorer le pilotage et la coordination des mesures prises ;

³⁴ « Avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse », rapport de la Commission spécialisée « Prévention + Promotion de la Santé » à l'attention du Département fédéral de l'intérieur, Berne, juin 2006 ; accessible sous <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=fr>

- prise en compte du principe de subsidiarité au niveau de la mise en œuvre et des mesures (pluralité des acteurs) et renforcement des tâches et compétences des assureurs sociaux (AMal, AA, AI) ;
- création d'une institution de prévention des maladies et de promotion de la santé active à l'échelle nationale (rassemblement des institutions actuelles), regroupement des sources financières existantes et assouplissement des règles d'affectation des impôts à la consommation ;
- promulgation d'une loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi-cadre) ainsi que d'une loi fédérale sur la lutte contre les maladies non transmissibles (en particulier également contre les troubles psychiques) ;
- évaluation systématique des décisions politiques et actes juridiques quant à leur impact sur la santé.

Rapport sur la Suisse de l'OCDE et de l'OMS

Au printemps 2005, le chef du Département fédéral de l'intérieur a demandé à l'OCDE et à l'OMS de réaliser une étude sur le système de santé suisse. Dans le cadre de cette étude, les deux organisations ont analysé non seulement le système de soins mais aussi le secteur de la santé publique.

Les résultats de l'étude en question ont été publiés en octobre 2006 dans le rapport de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse.³⁵ Dans ce rapport, les deux organisations parviennent à la conclusion que la Suisse devrait rechercher un meilleur équilibre entre la médecine curative et la prévention, d'autant plus que, en dépit d'un nombre important de programmes et de projets, la dispersion des compétences dans ce dernier domaine a conduit à des activités disparates et très mal coordonnées. Pour améliorer le système, elles proposent entre autres les mesures suivantes :

- coordonner les politiques par le biais d'une loi-cadre sur la prévention et la promotion de la santé ;
- se concentrer sur les domaines les plus importants en termes de santé publique (par ex. prévention du tabagisme, consommation d'alcool, réglementation de l'adjonction de sel) ou ayant fait l'objet d'une attention insuffisante par le passé (par ex. santé mentale ou surpoids) ;
- promouvoir des mesures de prévention ayant un bon rapport coût-efficacité ;
- élargir certains programmes de détection précoce du cancer, en particulier celui concernant le cancer du sein ;
- créer des incitations à l'investissement dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

1.1.7 Mandat du Conseil fédéral

La Commission spécialisée PPS2010 ainsi que les experts de l'OCDE et de l'OMS sont tous parvenus dans leurs rapports respectifs³⁶ à la conclusion suivante : compte tenu de la faiblesse structurelle dont souffre actuellement le domaine de la préven-

³⁵ OCDE et OMS : rapport de l'OCDE sur le système de santé suisse, Paris, 2006

³⁶ Cf. notes de bas de page n°32 et n°33

tion et de la promotion de la santé, l'amélioration de l'équilibre entre prévention et médecine curative, et l'amélioration de la coordination et de l'efficacité des activités déjà en cours, ne peuvent passer que par l'adoption de nouvelles bases légales.

Le Conseil fédéral a suivi cette recommandation et a décidé, le 28 septembre 2007, de confier au DFI le mandat d'élaborer, d'ici à l'automne 2008, un avant-projet des bases légales (y compris des rapports explicatifs correspondants) pouvant servir de point de départ à l'ouverture d'une procédure de consultation. Il a précisé qu'il convenait ce faisant de tenir compte des travaux préparatoires et des recommandations de la Commission spécialisée PPS2010 de juin 2006 ainsi que des recommandations formulées par l'OCDE et l'OMS dans leur rapport sur la Suisse d'octobre 2006.

Conformément à la décision du Conseil fédéral, les nouvelles bases légales devront en particulier régler les aspects suivants :

- mesures de la Confédération et des cantons en matière de prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses (art. 118, al. 2, let. b, Cst.) ;
- coordination et orientation commune des activités de prévention et de promotion de la santé de la Confédération, des cantons et des acteurs privés à travers la formulation collective d'objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé ;
- coordination des activités de prévention et de promotion de la santé des services fédéraux à travers la définition d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé par le Conseil fédéral ;
- simplification et réorganisation des structures de prévention dans le respect des principes de gouvernement d'entreprise définis par le Conseil fédéral³⁷ ; notamment réforme de la gestion des prélèvements pour la prévention (perçus en vertu de l'art. 28 LTab [taxe de prévention du tabagisme] et de l'art. 20 LAMal [supplément de prime LAMal]), avec adaptation des bases légales existantes.

1.1.8 Procédure suivie pour l'élaboration de l'avant-projet

Les travaux préparatoires menés au sein de l'administration sur l'avant-projet de LPrév ont été conduits avec le concours ponctuel des cercles concernés et de différents experts. Tous les documents de travail utilisés ont en outre été soumis, à la fin du mois de février 2008, dans le cadre de deux auditions informelles, à l'avis des représentants des cantons ainsi qu'à celui d'une sélection d'organisations et d'institutions publiques et privées particulièrement intéressées par la prévention et la promotion de la santé.

³⁷ Rapport du Conseil fédéral du 13 septembre 2006 sur l'externalisation et la gestion de tâches de la Confédération (rapport sur le gouvernement d'entreprise) ; FF **2006** 7799

1.2

Objectifs de la réglementation proposée

La réglementation proposée vise principalement à apporter au pilotage, à la coordination et à l'efficacité des différentes mesures toutes les améliorations nécessaires au renforcement de la prévention et de la promotion de la santé. Mais elle est aussi destinée à combler l'absence de législation fédérale sur la prévention et la détection précoce des maladies non transmissibles et psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses, et à mettre la gestion des prélèvements pour la prévention (perçus en vertu de l'art. 28 LTab [taxe de prévention du tabagisme] et de l'art. 20 LAMal [supplément de prime LAMal]) en conformité avec les directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise.³⁸

Les principaux objectifs de la réglementation proposée sont plus précisément les suivants :

- améliorer le pilotage et la coordination de tous les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé en définissant des objectifs nationaux faisant office de stratégie globale et commune ;
- améliorer la coordination des mesures de prévention et de promotion de la santé de la Confédération en intégrant celles-ci dans la planification stratégique du Conseil fédéral (stratégie de prévention et de promotion de la santé du Conseil fédéral) ;
- harmoniser les procédures suivies par la Confédération et les cantons dans les différents domaines concernés grâce à l'établissement de programmes nationaux de prévention, de détection précoce et de promotion de la santé ;
- améliorer la qualité et l'efficacité des mesures de prévention, de détection précoce et de promotion de la santé ;
- clarifier la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en tenant particulièrement compte du principe de subsidiarité ;
- ancrer dans le droit des obligations structurelles pour les cantons ;
- créer un nouvel établissement de droit public (Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, « l'institut ») chargé de mettre en œuvre les mesures de soutien de la Confédération en faveur des cantons et des organisations privées de santé et de prévention ;³⁹
- réorganiser les flux financiers liés au prélèvement du supplément de prime LAMal (art. 20 LAMal) et réorganiser la gestion des recettes provenant de la taxe de prévention du tabagisme ;
- introduire un instrument permettant d'évaluer de manière prospective les éventuelles répercussions des affaires du Conseil fédéral et du Parlement sur la santé ;

³⁸ Cf. note de bas de page n°35

³⁹ L'organisation de l'institut, de même que son pilotage et sa surveillance par la Confédération, sont régis par un acte d'organisation séparé (cf. à ce sujet l'avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé ainsi que le rapport explicatif correspondant). Il est prévu de fondre les deux actes en une seule loi à l'issue de la procédure de consultation.

- ancrer dans le droit des mesures destinées à encourager les organisations faîtières nationales, la recherche et l'innovation, ainsi que la formation et le perfectionnement ;
- optimiser les statistiques et les rapports sanitaires.

1.3 Eléments centraux de la réglementation proposée

1.3.1 Instruments de pilotage et de coordination

La Suisse compte une multitude d'acteurs impliqués à l'échelle communale, cantonale et fédérale dans la prévention et la promotion de la santé. Sa structure fédérale lui vaut un trésor d'expériences pratiques dans ces deux domaines, lui permettant parallèlement de tenir compte des besoins spécifiques de chaque commune et canton. Par ailleurs, les rapports et études d'évaluation internationaux sur la Suisse ont démontré l'efficacité d'un grand nombre de mesures de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre dans le pays.

Il reste que le paysage national de la prévention et de la promotion de la santé souffre d'un manque de stratégie globale. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a demandé, dans son mandat du 28 septembre 2007, à ce que l'avant-projet de LPrév prévoie d'ancrer dans le droit deux nouveaux instruments de pilotage et de coordination, à savoir, d'une part, la formulation d'objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé (tous les huit ans, art. 4), et d'autre part, la définition par le Conseil fédéral d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé (tous les quatre ans, art. 5). La stratégie du Conseil fédéral est notamment destinée à définir les axes stratégiques des programmes nationaux, à fixer les objectifs stratégiques de l'institut, et à poser les principes stratégiques à respecter lors de l'affectation des recettes provenant des prélèvements pour la prévention (supplément de prime LA-Mal et taxe de prévention du tabagisme).

Au niveau de la mise en œuvre, l'avant-projet de LPrév prévoit l'élaboration de programmes nationaux de prévention, de détection précoce et de promotion de la santé, portant sur des périodes de quatre à huit ans et fixant – en fonction des bases stratégiques posées par le Conseil fédéral – les procédures et champs d'intervention à respecter pour chaque domaine (art. 6). Ces programmes nationaux ayant valeur de directives communes, tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre devront désormais organiser leurs activités en fonction de ceux-ci, tout en ayant en pratique la possibilité de leur apporter les adaptations dictées par les spécificités cantonales ou régionales ou de moduler leurs grandes orientations en fonction de ces mêmes spécificités. A l'échelle fédérale, les programmes nationaux seront élaborés et mis en œuvre par l'institut, excepté lorsqu'ils porteront sur des thèmes politiquement sensibles. Dans ce cas, ce seront en effet les services fédéraux concernés (notamment l'OFSP) qui prendront le relais de l'institut.

En outre, le Conseil fédéral est tenu de coordonner les mesures prises en application de l'avant-projet de LPrév avec les mesures de nature similaire prévues par d'autres lois dans les domaines de la sécurité au travail, de la protection de la santé au travail et de la prévention de la violence (art. 8).

1.3.2 Mesures de prévention des maladies non transmissibles et psychiques

Comme son objet englobe l'ensemble des maladies visées à l'art. 118, al. 2, let. b, Cst., l'avant-projet de LPrév fournit à la Confédération la base légale qui lui manquait jusqu'à présent pour pouvoir prendre des mesures dans le domaine de la prévention des maladies non transmissibles et psychiques très répandues ou particulièrement dangereuses. Il donne ainsi à la Confédération la possibilité d'agir en faveur de la prévention et de la détection précoce des maladies revêtant une importance centrale non seulement en termes de santé publique mais aussi en termes de coûts de santé (cf. à ce sujet tableaux 4 et 5).

Tableau 4 : Répartition en pourcentage des années potentielles de vie perdues prématurément (c.-à-d. avant l'âge de 70 ans) par cause principale de décès et par sexe (2005)⁴⁰

Cause	Hommes	Femmes
Maladies cancéreuses	27,3	42,9
Maladies cardio-vasculaires	17,5	9,9
Accidents et chocs corporels	12,8	7,1
Suicide	12,8	9,3
Maladies infectieuses	1,6	1,6
Autres	28,0	29,2

Tableau 5 : « Burden of Disease » (charge de morbidité) : les 10 principaux facteurs de risque, maladies et accidents⁴¹

Facteur de risque	% de toutes les DALY ¹⁾	Maladie ou accident	% de toutes les DALY ¹⁾
Tabagisme	11,2	Dépression unipolaire	10,3
Hypertension artérielle	7,3	Maladies cardiaques ischémiques	6,2
Consommation d'alcool	7,2	Maladie d'Alzheimer et démence	4,7
Indice de masse corporelle élevé	6,0	Maladies dues à l'alcool	4,6
Taux de cholestérol élevé	5,1	Perte d'acuité auditive	4,2
Consommation de drogues	2,7	Maladies cérébrovasculaires	3,3
Inactivité physique	2,4	Cancer du poumon	3,1
Faible consommation de fruits et légumes	1,6	Bronco-pneumopathie chronique obstructive	2,8
Rapports sexuels non protégés	0,7	Blessures auto-infligées	2,8
Abus sexuels pendant l'enfance	0,6	Ostéoarthrite	2,7

¹⁾ DALY (disability adjusted life years) = années de vie corrigées de l'incapacité, calculées par sommation des années de vie perdues prématurément (c.-à-d. avant l'âge de 70 ans) et des années vécues avec un handicap.

L'avant-projet de LPrév n'aura aucune conséquence sur les réglementations actuellement en vigueur dans les domaines de la prévention des accidents, de la sécurité au travail et de la protection de la santé au travail.

1.3.3 Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

La répartition fédérale des compétences veut que les cantons soient responsables de l'exécution des mesures de prévention et de promotion de la santé. Et que la Confé-

⁴⁰ Source : Office fédéral de la statistique, Statistique de la santé 2007, Neuchâtel, 2007

⁴¹ Source : estimations tirées de la base de données de l'OMS « Burden of Disease »

dération ne s'occupe de son côté que des domaines où il est judicieux et nécessaire d'avoir une démarche nationale concertée, soit notamment :

- de la coordination des procédures et mesures dans les domaines importants (programmes nationaux, art. 6) ;
- de l'information, et notamment des campagnes d'information (art. 9) ;
- de la collaboration internationale (art. 23).

Mais la Confédération entend aussi désormais apporter une meilleure assistance technique et méthodologique aux cantons et aux organisations privées de santé et de prévention dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de prévention et de promotion de la santé. Des mesures de soutien sont prévues dans ce sens dans une disposition spéciale (art. 10), et complétées à la section 7 par des mesures d'encouragement de la recherche, de la formation et du perfectionnement (art. 18 et 19).

Parallèlement, les cantons se voient demander de prendre toute disposition nécessaire pour renforcer et coordonner leurs activités de prévention et de promotion de la santé. Des objectifs leur sont à cette fin assignés en ce qui concerne leurs infrastructures de prévention et de promotion de la santé (art. 11).

La LPrév clarifie également la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en ce qui concerne la prévention médicale et la détection précoce des maladies : là encore, les cantons sont responsables de l'exécution des programmes, tandis que la Confédération est chargée d'assurer l'information et la coordination. Pour décharger financièrement les cantons, il est toutefois prévu la possibilité d'octroyer des contributions aux coûts d'infrastructure des programmes en utilisant pour ce faire les recettes provenant du supplément de prime LAMal, prélevé en vertu de l'art. 20 LAMal (art. 15, al. 2, let. c). Le financement des mesures médicales (mammographies, vaccinations, etc.) continue, quant à lui, d'être régi par les dispositions de la LAMal (liste positive de mesures de prévention médicale et de détection précoce selon l'art. 26 LAMal).⁴²

1.3.4 Principes de financement

Les dispositions de la LPrév qui régissent les flux financiers sont basées sur le principe de financement suivant : chaque niveau de l'Etat (Confédération ou cantons) est responsable du financement des tâches qui entrent dans son champ de compétence. Autrement dit, la Confédération doit financer sur son budget ordinaire l'ensemble des tâches qui lui reviennent (y compris l'indemnisation de l'institut mentionnée au chiffre 1.3.5 ci-dessous) ; les cantons doivent, de leur côté, supporter les dépenses liées aux mesures cantonales de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce ainsi que les dépenses liées à la création des infrastructures nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures. Outre les programmes nationaux (cf. art. 6), les recettes provenant de la taxe de prévention du tabagisme et du supplément de prime LAMal doivent continuer d'être utilisées en priorité pour (co)financer les activités de prévention et de promotion de la santé des cantons (des villes et des communes) et des organisations privées de santé et de prévention.

⁴² Cf. aussi à ce sujet commentaire relatif à l'art. 28 (Modification du droit en vigueur)

Conformément au principe énoncé ci-dessus, elles ne peuvent pas servir au financement des tâches relevant de la souveraineté de l'Etat.

Comme l'avait demandé le Conseil fédéral dans son mandat du 28 septembre 2007, l'avant-projet de LPrév introduit de nouvelles modalités de gestion et d'utilisation de la taxe de prévention du tabagisme et du supplément de prime LAMal. Or il se trouve que ces modalités doivent également satisfaire aux nouvelles directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise⁴³, et que les directives en question spécifient que l'octroi de contributions sous forme de subventions, à des programmes ou à des projets, ne doit plus être assuré, du fait de sa qualité de tâche ministérielle, que par des institutions de droit public. Par conséquent, la gestion du supplément de prime LAMal ne sera plus désormais assurée par la fondation de droit privé Promotion Santé Suisse mais déléguée à un nouvel Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé. Ce dispositif permettra une harmonisation des décisions stratégiques du Conseil fédéral sur les objectifs à atteindre avec les différentes sources de financement (cf. chiffre 1.3.1 ci-dessus).⁴⁴

1.3.5 Simplification et réorganisation des structures de prévention au niveau fédéral

Sur le plan organisationnel, il est proposé de confier la mise en œuvre des mesures de soutien de la Confédération prévues à l'art. 10 à un Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé (institut), qui sera créé sous le statut d'établissement de droit public de la Confédération. La fondation Promotion Santé Suisse, créée sur la base de l'art. 19 LAMal, sera intégrée dans ledit institut. Comme ce dernier sera en outre chargé, aux termes de l'art. 15, d'octroyer à des programmes et à des mesures émanant de tiers des contributions provenant des recettes perçues sur les prélèvements pour la prévention (supplément de prime LAMal et taxe pour la prévention du tabagisme), il intégrera aussi le service de gestion de la taxe de prévention du tabagisme, actuellement rattaché à l'OFSP. Conformément aux directives du Conseil fédéral en matière de gouvernement d'entreprise, l'organisation du nouvel institut sera définie dans une loi d'organisation séparée (loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé).

1.3.6 Autres nouveautés

L'avant-projet de LPrév apporte également les nouveautés suivantes :

- introduction d'un instrument permettant d'évaluer de manière prospective les répercussions potentielles des affaires du Conseil fédéral et du Parlement sur la santé (art. 7) ;

⁴³ FF 2006 7799

⁴⁴ Les recettes de l'impôt sur l'alcool (dîme de l'alcool) versées aux cantons ne sont pas soumises aux dispositions de l'avant-projet de LPrév, puisque cet impôt est déjà inscrit dans le droit constitutionnel (art. 131, al. 3, Cst.). Au niveau de la mise en œuvre, il conviendra toutefois de veiller à coordonner les mesures prises en vertu de la LPrév avec les activités financées par la dîme de l'alcool, en particulier lorsqu'il s'agira de sélectionner les projets communaux et cantonaux auxquels seront octroyées des contributions tirées des prélèvements pour la prévention.

- ancrage dans le droit des mesures destinées à encourager les organisations faîtières nationales, la recherche et l'innovation, ainsi que la formation et le perfectionnement (art. 17 à 19) ;
- optimisation des statistiques et des rapports sanitaires (art. 20 à 22).

1.4 Concordance des tâches et moyens financiers

L'avant-projet de LPrév définit la répartition future des tâches entre la Confédération et les cantons dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. Selon le principe de l'équivalence fiscale, chaque niveau de l'Etat doit financer lui-même les tâches entrant dans son champ de compétence. Par conséquent, les recettes perçues sur les prélèvements pour la prévention (art. 13) ne peuvent pas être utilisées pour financer des tâches relevant de la souveraineté de l'Etat.

Les mesures qui seront effectivement décidées et mises en œuvre par la Confédération dépendront essentiellement de la stratégie de prévention et de promotion de la santé définie tous les quatre ans par le Conseil fédéral (art. 5). Cette stratégie contiendra également des indications sur les ressources financières et en personnel nécessaires à la réalisation de ces mesures (cf. chiffre 3.1 au sujet des modalités de financement des nouvelles tâches de la Confédération).

1.5 Développements internationaux et relation avec le droit européen

1.5.1 Développements internationaux

Organisation mondiale de la santé

En collaboration avec l'Organisation des Nations Unies (O.N.U.) et ses Etats membres, l'OMS édicte des actes très importants et influents sur la prévention et la promotion de la santé ; elle émet également des recommandations sur les investissements à réaliser dans le secteur de la santé. Voici les directives de prévention et de promotion de la santé sur lesquelles se basent ses Etats membres :

- la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)*, qui vise au renforcement des ressources de santé et propose des stratégies de promotion de la santé (écoles-santé et autres projets portant sur les milieux de vie) ;
- la *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005)*, qui décrit l'évolution des valeurs, principes et stratégies d'action de la promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa et qui redéfinit les exigences posées par cette dernière, ceci dans le but de placer l'égalité des chances dans le domaine de la santé au centre des développements nationaux et internationaux ;
- la *stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé* ;
- le *rapport mondial de l'OMS publié en 2005 et intitulé « Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment »* (la prévention des maladies chroniques : un investissement vital), qui estime à 36 millions le nombre de décès prématurés.

rés dans le monde qui pourraient être empêchés d'ici à 2015 par des investissements dans la prévention des maladies ;

- *la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe (2005)*, qui soulignent la nécessité et l'intérêt de disposer d'offres psychosociales diversifiées pour la population dans son ensemble, les groupes à risque et les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, ceci dans le but de faire prendre conscience de l'importance de la santé mentale pour le fonctionnement de la société.

Cependant, ces différents documents n'ont juridiquement aucune valeur contraignante pour les Etats membres de l'OMS, même si ces derniers s'en inspirent généralement pour orienter leurs politiques de santé nationales.

Allemagne

L'Allemagne possède actuellement plusieurs lois prévoyant des mesures de prévention et de promotion de la santé. Selon les groupes qu'elles ciblent et les domaines d'activité qu'elles concernent, ces mesures sont mises en œuvre et financées par différents systèmes d'assurance sociale et centres de coûts (assurance-maladie, assurance-accidents, aide à la jeunesse, rééducation). Mais en Allemagne comme ailleurs, les sommes allouées à la prévention restent minimes par rapport à celles investies dans les soins curatifs.

L'Etat fédéral et les Länder se sont mis d'accord sur les grands axes d'une loi pour le renforcement de la prévention en matière de santé (loi relative à la prévention) dès le mois d'octobre 2004. L'objectif commun de toutes les parties était alors de faire de la prévention le quatrième pilier du système de santé allemand, aux côtés des traitements aigus, de la rééducation et des soins.

La loi relative à la prévention prévoyait d'inscrire plus durablement la prévention sanitaire dans les systèmes d'assurance sociale, de créer une nouvelle base de droit cohérente, de mettre plus de fonds à la disposition de la prévention et, enfin de contrôler la qualité des programmes et projets financés par ces fonds. Mais le projet, que le Bundesrat a transmis à la commission de médiation, le 27 mai 2005, a finalement échoué, dans la mesure où les élections anticipées au Bundestag du 18 septembre 2005 ont conduit à l'abandon définitif de tous les projets de loi en suspens.

Un nouveau projet de loi relatif à la prévention a été présenté le 28 novembre 2007, qui présente une différence fondamentale par rapport au projet de 2005. En effet, ce projet prévoit de faire organiser et financer les projets de prévention des maladies et de promotion de la santé par toutes les caisses réunies : les caisses de maladie, mais aussi les caisses de retraite, d'accident et de soins, ainsi que les assureurs-maladie privés devraient ainsi verser des millions dans un fonds commun destiné au financement de projets visant l'amélioration des « milieux de vie ».

Mais ce deuxième projet est à l'heure actuelle (printemps 2008) bloqué. Plusieurs départements gouvernementaux ont en effet émis des doutes tant sur sa constitutionnalité que sur sa régularité. Et il semble impossible que les politiques chargés de la santé au sein de la coalition parviennent à se mettre d'accord sur un projet commun dans un futur proche.

Autriche

L'Autriche s'est dotée d'une base légale pour la prévention et la promotion de la santé dès 1998, année où elle a adopté une loi sur la promotion de la santé (« Gesundheitsförderungsgesetz ») et attribué à travers celle-ci la responsabilité de l'action en matière de promotion sanitaire au fonds appelé « Fonds Gesundes Österreich ».

La loi autrichienne sur la promotion de la santé s'inspire au niveau de son contenu de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS, et fixe le plafond de dépenses accordé chaque année à la mise en œuvre des activités de promotion de la santé (7,25 millions d'euros actuellement).

Elle vise à améliorer les connaissances de la population sur ce qui est néfaste ou au contraire bénéfique pour la santé, et à aider au développement de comportements positifs, notamment par la mise en place de structures de promotion de la santé ainsi qu'au moyen de différents programmes, offres et autres mesures de formation continue.

Le 1^{er} août 2006, l'Autriche a adopté une loi fédérale portant création d'une société baptisée « Gesundheit Österreich GmbH » et remplissant le double rôle d'institut national de recherche et de planification pour la santé et de centre national de compétence pour la promotion de la santé. Le « Fonds Gesundes Österreich » a été intégré dans cette nouvelle institution, dont il constitue désormais une unité organisationnelle et au sein de laquelle il continue d'assurer la fonction de centre de compétence national pour la prévention et la promotion de la santé. Non seulement ce fonds soutient des projets pratiques et scientifiques, mais il déploie aussi des actions et campagnes destinées à favoriser l'accès du plus grand nombre d'Autrichiens à des modes et milieux de vie sains, et s'efforce par ailleurs de lancer des projets de coopération dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Son mandat légal fait ressortir six domaines d'intervention : l'activité physique, l'alimentation, la santé mentale, les enfants et les adolescents, la santé au travail et les personnes âgées.

France

Le Parlement français a voté en 2004 une nouvelle Loi sur la santé publique portant à la fois sur les maladies transmissibles et sur les maladies chroniques. Cette loi vise expressément à renforcer la prévention en rassemblant en un ensemble cohérent les différents textes législatifs, programmes et commissions et en inscrivant dans le droit la responsabilité de l'Etat et du Parlement. La loi évoque également la responsabilité d'autres acteurs sociaux, notamment celle de l'assurance maladie pour ce qui est du financement de la prévention.

Tous les cinq ans sont adoptés par voie législative des plans stratégiques de santé publique axés sur les problèmes de santé majeurs. Ces plans sont élaborés en accord avec la Conférence nationale de santé, organe consultatif chargé par le gouvernement de formuler des avis et propositions sur les questions de santé. Des objectifs nationaux de santé publique sont également formulés. Votés par le Parlement, ceux-ci revêtent un caractère obligatoire : leur réalisation est évaluée au bout de chaque cycle quinquennal.

Les programmes mis en œuvre pour atteindre les objectifs fixés sont à chaque fois axés sur des facteurs de risque, des pathologies ou des groupes de population déterminés.

La nouvelle loi sur la santé publique définit également les compétences des différents niveaux politiques. Par ailleurs, elle régit l'information, la recherche et la formation (création d'une Ecole nationale de Santé Publique).

Une réforme du financement du système français d'assurance sociale est actuellement en cours de discussion, réforme qui devrait également entraîner des changements au niveau des règles de financement des missions de santé publique.

1.5.2 Relation avec le droit européen

Pour ce qui concerne les maladies non transmissibles et les maladies psychiques, la Suisse n'est encore tenue par aucune obligation légale vis-à-vis de l'Union européenne (UE). Néanmoins, l'OFSP conduit actuellement avec la Commission européenne, sur mandat du Conseil fédéral, des négociations en vue d'un possible accord sur la santé entre la Suisse et l'UE.

Programmes d'action de l'UE

Depuis les années 90, l'UE, encouragée en ce sens par la Commission européenne, développe un grand nombre de projets en rapport avec la prévention et la promotion de la santé et s'efforce également de promouvoir la collaboration de ses Etats membres dans ce domaine. Elle s'appuie ce faisant sur les art. 152 (santé publique) et 153 (protection des consommateurs) du traité CE. Sur la base de ces deux mêmes articles, elle finance en outre des programmes d'action ainsi que des mesures de soutien dans les domaines de la recherche, de la statistique et de la surveillance sanitaires.

Ainsi le Parlement européen et le Conseil ont-ils par exemple décidé, le 27 octobre 2007 (décision n° 1350/2007/CE), de prolonger le premier programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (programme de santé publique, PSP), qui avait été adopté le 23 septembre 2002 (décision n° 1786/2002/CE) et couvrait la période 2003-2008, par un deuxième programme analogue pour la période 2008-2013. Ce deuxième programme a pour objectifs d'améliorer la sécurité sanitaire des citoyens, de promouvoir la santé (y compris la réduction des inégalités devant la santé), ainsi que de produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé. Doté d'une enveloppe financière de 321,5 millions d'euros, il vise à compléter, soutenir et valoriser les politiques des Etats membres.

En 2005, l'UE a créé l'Agence exécutive pour le programme de santé publique, chargée, comme son nom l'indique, de mettre en œuvre le PSP. Cette agence a son siège à Luxembourg et emploie trente personnes.

Recommandations de l'UE

L'UE a en outre formulé dans le cadre de ses différentes politiques sectorielles un grand nombre d'autres décisions ou recommandations qui entrent dans l'acquis communautaire en matière de santé mais qui n'ont pas valeur d'ordonnances ou de directives juridiquement contraignantes pour ses Etats membres :

- recommandation du Conseil du 12 juillet 1999 relative à la limitation d'exposition du public aux champs électromagnétiques (0 Hz à 300 GHz) (1999/519/CE) ;

- résolution du Conseil du 18 novembre 1999 concernant la promotion de la santé mentale (2000/C 86/01) ;
- résolution du Conseil du 29 juin 2000 sur l'action concernant les facteurs déterminants pour la santé (2000/C 218/03) ;
- conclusions du Conseil du 5 juin 2001 relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool (2001/C 175/ 01) ;
- recommandation du Conseil du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents (2001/458/CE) ;
- conclusions du Conseil du 15 novembre 2001 relatives à la lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression (2002/C 6/01) ;
- conclusions du Conseil du 2 décembre 2002 concernant l'obésité (2003/C 11/03) ;
- conclusions du Conseil du 2 juin 2003 sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale (2003/C 141/01) ;
- recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés aux toxicomanies (2003/488/CE) ;
- conclusions du Conseil du 2 décembre 2003 intitulées « Des modes de vie sains : éducation, information et communication » (2004/C 22/01) ;
- recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/878/CE) ;
- conclusions du Conseil du 3 juin 2005 intitulées « Obésité, nutrition et activité physique » (9803/053).

On peut retenir en substance que l'avant-projet de LPrév constitue une base de droit adéquate pour la collaboration avec les instances de l'UE dans les domaines de la prévention des maladies non transmissibles et psychiques et de la promotion de la santé.

1.6 Mise en œuvre

La majorité des nouvelles dispositions légales ne nécessitent pas d'être précisées par voie d'ordonnance. Seules font exception les nouvelles dispositions d'exécution relatives à l'utilisation des recettes provenant des prélèvements pour la prévention (art. 13 à 16), aux mesures d'encouragement (art. 17 à 19) et à la collecte de données à des fins statistiques (art. 20 et 21).

Par contre, le projet prévoit de nouveaux instruments de pilotage et de coordination devant être mis en œuvre de manière périodique :

- tous les huit ans, la Confédération et les cantons doivent conjointement fixer des objectifs nationaux (art. 4) ;
- tous les quatre ans, le Conseil fédéral doit définir une stratégie (art. 5) ;
- régulièrement, la Confédération doit élaborer des rapports sanitaires (art. 22).

Par ailleurs, l'OFSP doit évaluer régulièrement l'efficacité de la mise en œuvre de la LPrév (art. 24).

Enfin, il a été renoncé à un article d'exécution à proprement parler, puisque les cantons n'ont, selon les dispositions de la LPrév, aucune mesure à exécuter envers des tiers.

1.7 Classement des interventions parlementaires

Parallèlement aux travaux préparatoires menés par le DFI en vue d'une nouvelle réglementation légale de la prévention et de la promotion de la santé, trois motions allant dans le même sens ont été déposées au Conseil national :

- *Motion Schenker 07.3261, Prévention et promotion de la santé, du 23 mars 2007.* Cette motion demande au Conseil fédéral de créer les bases légales nécessaires à la coordination de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures de prévention et de promotion de la santé, et de porter ce faisant une attention particulière à la lutte contre les maladies transmissibles.
- *Motion Heim 07.3525, Pour une politique de la santé qui encourage une participation active des citoyens, du 22 juin 2007.* Cette motion demande au Conseil fédéral de prendre des mesures pour encourager la culture sanitaire de la population, et notamment : premièrement, de créer les conditions juridiques pour que cette culture soit intégrée aux travaux législatifs à venir dans le domaine de la prévention sanitaire ; deuxièmement, de souligner le rôle actif des citoyens et le rôle auxiliaire de l'Etat en matière de santé lors des révisions législatives en cours ou à venir ; et troisièmement, de prendre des mesures pour améliorer la culture sanitaire des citoyens, que ce soit pour eux-mêmes ou pour leurs proches, et du personnel médical.
- *Motion Schenker 07.3544, Mesures contre les maladies chroniques, du 22 juin 2007.* Cette motion demande au Conseil fédéral de créer les bases légales en vue de coordonner, de mettre en œuvre et d'évaluer les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies chroniques, et de se concentrer ce faisant sur les éléments suivants : la mise à disposition des données épidémiologiques pour le suivi des maladies chroniques en Suisse ; l'encouragement de mesures visant à stopper l'évolution de maladies au stade précoce, à empêcher l'aggravation de maladies après qu'elles se sont déclarées et à améliorer la situation des patients concernés ; ainsi que le soutien financier d'organisations spécialisées dans l'aide aux personnes atteintes de maladies chroniques et à leurs proches.

Le 28 septembre 2007, le Conseil fédéral a transmis les trois motions au Parlement en proposant à ce dernier de les accepter. Pour l'heure (1^{er} juin 2008), aucun débat parlementaire n'a encore eu lieu concernant ces motions.

2.1 Section 1 : Dispositions générales

Art. 1 Objet

En conformité avec l'art. 118, al. 2, Cst., le présent avant-projet régit la prévention et la détection précoce des maladies physiques et psychiques humaines qui présentent la caractéristique d'être transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses, étant précisé que ladite prévention peut consister à la fois en des mesures de prévention à proprement parler et en des mesures de promotion de la santé (*al. 1*). Son champ d'application n'englobe ni la sécurité au travail (prévention des accidents et maladies professionnels) ni la prévention des accidents non professionnels : toutes deux sont régies par la LAA. De même, la prévention routière est réglementée par la LCR, la prévention de la violence par l'art. 386 du Code pénal suisse (CP)⁴⁵ et la protection de la santé au travail par la loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail (LTr).⁴⁶

En revanche, la loi est par analogie applicable aux mesures de prévention du suicide et de prévention de la dépendance aux soins, du moins à celles de ces mesures qui, conformément à l'esprit de l'art. 118, al. 2, Cst., visent à prévenir les maladies physiques ou psychiques sous-jacentes au suicide et à la dépendance aux soins.

L'*al. 2* reprend le principe selon lequel les dispositions légales spéciales priment les dispositions générales. Ainsi sont notamment réservées les dispositions :

- de la LEp relatives aux mesures de lutte et de prévention spécifiquement destinées à protéger l'homme contre les maladies transmissibles ;
- de la LStup relatives aux mesures médico-sociales et d'assistance destinées à prévenir et traiter l'abus de stupéfiants ;
- de l'art. 12 LDAI concernant l'information sur les connaissances scientifiques d'intérêt général en matière de nutrition, et de l'art. 67 LPTh concernant l'information sur l'utilisation correcte des produits thérapeutiques ;
- de la Lalc relatives aux mesures de prévention de la consommation nocive d'alcool, en particulier à l'interdiction de la publicité et à la protection spécifique des jeunes ;
- de la loi fédérale du 17 mars 1972 encourageant la gymnastique et les sports⁴⁷ relatives à la promotion de l'exercice physique ;
- de la LAMal relatives aux modalités de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des coûts liés aux mesures individuelles de prévention et de détection précoce.

Art. 2 But

Selon l'*al. 1*, l'avant-projet de LPrév n'a pas uniquement pour but de protéger et de préserver la santé de l'individu. En effet, la loi proposée vise également à diminuer les effets (financiers) des maladies très répandues sur la population (c.-à-d. à contrer

⁴⁵ RS 311.0

⁴⁶ RS 822.11

⁴⁷ RS 415.0

l'augmentation des coûts de santé et des primes d'assurance-maladie) ainsi qu'à réduire les conséquences économiques de ces mêmes maladies (c.-à-d. à maintenir la capacité de travail des seniors). Elle a par ailleurs pour objectif, afin de répondre à l'évolution démographique, de promouvoir à la fois l'espérance de vie en bonne santé (c.-à-d. l'espérance de vie sans maladie ni handicap) ainsi que les capacités fonctionnelles physiques et psychiques de la population (c.-à-d. non seulement sa capacité de travail, comme évoqué plus haut, mais aussi sa capacité à participer à la vie de la société).

L'al. 2 expose un à un les objectifs de la réglementation proposée.

Let. a : Le fait de renforcer la culture sanitaire des individus conduit à les responsabiliser face à leur santé. Par culture sanitaire, on entend en effet la faculté de l'individu à prendre au quotidien des décisions qui influent positivement sur la santé. Dès lors qu'il est doté de cette faculté, l'individu est capable de s'autodéterminer et d'assumer sa liberté de choix et de décision concernant sa santé. Il est mieux à même de trouver les informations sanitaires dont il a besoin, de comprendre ces informations, et de prendre en charge sa propre santé.

La culture sanitaire englobe cinq domaines principaux :⁴⁸

- *la santé personnelle* (gestion de la santé au niveau individuel, connaissance du comportement à avoir et mise en pratique de ce comportement tant pour soi-même que pour sa famille) ;
- *la connaissance du système de santé* (compréhension du système, capacité à se poser en interlocuteur compétent face aux professionnels) ;
- *le comportement de consommation* (capacité à tenir compte d'éléments sanitaires dans le choix des produits et prestations achetés) ;
- *le monde professionnel* (prise de mesures pour éviter les accidents et maladies professionnels ; engagement en faveur de la sécurité, de conditions de travail salutogènes et de l'instauration d'un meilleur équilibre entre travail et vie privée) ;
- *la politique de santé* (action éclairée sur la politique de santé, défense des droits en matière de santé, prise de position sur les questions sanitaires, participation à des organisations de santé et de patients).

Chaque individu a finalement un mode de vie qui est fonction de tout un faisceau de facteurs : indépendamment de sa constitution, ce sont ses conditions de vie sociales, culturelles et environnementales qui font qu'il fait des choix de mode de vie plutôt bons ou plutôt mauvais pour sa santé. On sait par exemple que les normes de groupe remplissent une fonction socialisante au moment de l'enfance et de l'adolescence. Par conséquent, il est important de toujours considérer l'amélioration du comportement sanitaire non pas de façon isolée mais en relation avec les différents domaines de la vie sociale (école, loisirs, conditions de travail, etc.). Ainsi, l'avant-projet de LPrév doit-il aussi créer les incitations nécessaires pour que les individus puissent faire des choix salutaires pour leur santé. Sachant que les déterminants de la santé (cf. art. 3 ci-après) jouent à ce niveau un rôle central.

⁴⁸ Kickbusch, I., Maag, D., Saan H. : « Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Bad Gastein 2005 »

Let. b : La Suisse est devenue ces dernières décennies une société où l'on vit longtemps : de plus en plus de gens peuvent espérer atteindre un âge avancé sans problème de santé majeur. Néanmoins, les chances de vivre vieux et en bonne santé ne sont pas les mêmes pour tous. On observe en effet des inégalités devant la santé. Celles-ci dépendent notamment du statut socio-économique : des études scientifiques démontrent que, en Suisse comme ailleurs, les personnes ayant un statut social peu élevé (c.-à-d. un niveau de formation peu élevé, un statut professionnel peu élevé et/ou un revenu faible) sont plus malades et meurent plus jeunes que celles bénéficiant d'un statut social élevé.⁴⁹ Mais elles peuvent aussi être alimentées par des facteurs socioculturels, tels que l'âge, le sexe, la situation familiale, la nationalité ou encore le passé migratoire.

Les mesures découlant de la loi proposée doivent donc aussi contribuer à accroître l'égalité des chances dans le domaine de la santé. Or, pour ce faire, elles doivent comporter deux types d'actions : d'une part, des actions relevant directement de la prévention et de la promotion de la santé et dirigées vers les groupes de personnes présentant un besoin d'intervention particulièrement important ; et, d'autre part, des actions relevant d'autres secteurs politiques que la santé (politique sociale, politique économique, politique d'éducation) et propres à améliorer les conditions de vie de ces mêmes groupes de personnes.

Les let. c à e définissent les changements structurels visés à travers la loi. Celle-ci a pour objectif d'améliorer le pilotage et la coordination, et de garantir la cohérence par rapport à la coopération internationale en matière de politique de santé⁵⁰ (*let. c*). Mais elle est aussi destinée notamment à renforcer l'implication des autres domaines politiques (politique sociale, d'éducation, d'intégration, économique et environnementale) dans la planification et la réalisation des mesures de prévention et de promotion de la santé (approche multisectorielle de la prévention et de la promotion de la santé, *let. d*), et enfin à améliorer la qualité et l'efficacité des mesures mises en œuvre (*let. e*). Pour atteindre ce dernier objectif, il est prévu d'étendre les rapports sanitaires, de relever les critères de qualité, et d'évaluer régulièrement chacune des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce. Etant précisé que pour être considérée comme étant de « qualité », une mesure doit notamment être adaptée au groupe et au sexe visé.

L'al. 3 souligne deux points. Premièrement, les mesures découlant de la présente loi ne doivent pas porter atteinte au droit à l'autodétermination individuelle ni, par conséquent à la liberté de décision de chacun. Cette prescription est dérivée d'un principe inscrit dans le droit constitutionnel, selon lequel l'Etat ne doit pas, dans le cadre de l'application de la loi, outrepasser les limites de ses compétences, c'est-à-dire s'ingérer dans des domaines relevant des libertés individuelles et initier des actions restreignant de manière indue les droits fondamentaux de chacun, au rang desquels se trouve, par exemple, la liberté économique. Deuxièmement, les mesures découlant de la présente loi ne doivent pas remettre en cause la diversité de la population, et en particulier les spécificités culturelles des différents groupes de person-

⁴⁹ Cf. par ex. à ce sujet Caritas Suisse : « Gesundheit – eine soziale Frage », Almanach social 2003, Lucerne, 2003 ; ou Bopp M., Minder Ch. : « Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: Results from the Swiss National Cohort », International Journal of Epidemiology 2003, n° 32, pages 346 à 354.

⁵⁰ Les objectifs de la politique extérieure suisse en matière de santé ont été fixés en 2006 dans une convention conclue entre le Département fédéral des affaires étrangères et le DFI.

nes qui composent celle-ci. Même si, d'un autre côté, elles doivent être conçues de manière à répondre aux besoins spécifiques de chacun de ces groupes.

Art. 3 Définitions

Comme beaucoup d'autres notions constitutionnelles, la notion de santé est vague. Il s'agit d'un concept qui n'est pas défini par le droit et qu'il est donc nécessaire de préciser à chaque fois que de besoin, en se référant entre autres à la réalité constitutionnelle, et notamment à des définitions scientifiques. C'est en tout cas à ce type de définitions que renvoie le plus souvent la doctrine constitutionnelle dans les cas, rares, où elle s'efforce de définir la notion de santé.⁵¹

En tout état de cause, les définitions données à l'art. 3 ont été élaborées en partant de l'hypothèse que la santé est une variable se déplaçant en permanence sur un continuum dont les deux pôles sont, d'un côté, un état de santé absolu et, de l'autre, un état de maladie absolu. Vue sous cet angle, la santé apparaît comme un équilibre entre facteurs pathogènes et facteurs salutogènes, mais un équilibre à rétablir sans cesse et dépendant de quatre dimensions : condition physique et psychique, mode de vie personnel, environnement et conditions de vie (formation, travail, etc.), et enfin soins médicaux (système de santé)⁵². Elle représente un bien individuel et collectif allant au-delà de la simple absence de maladie.

La *let. a* définit la notion de « déterminants de la santé ». D'un point de vue politique, les principaux déterminants de la santé, c'est-à-dire les principales conditions structurelles dont dépend la santé, peuvent être divisés en six catégories, qui sont autant de domaines d'action : a) sécurité sociale et égalité des chances, b) emploi et monde du travail, c) formation et qualification, d) cadre de vie et environnement naturel, e) logement et mobilité, f) sécurité alimentaire et alimentation. Des études scientifiques montrent que ces conditions structurelles influent tout autant sur la santé de l'individu et des différents groupes de personnes que leurs prédispositions génétiques et biologiques, leur mode de vie ou encore la qualité des structures de soins auxquelles ils ont accès : les personnes ayant un statut socio-économique peu élevé (eu égard à leur niveau de formation, leur position professionnelle et leur revenu), ainsi que les personnes vivant dans des conditions précaires ou ayant un statut de séjour de courte durée, présentent un risque de maladie, une charge de morbidité et une mortalité prématurée accrues ; elles font aussi preuve d'un comportement sanitaire plus risqué. Or le système de santé lui-même n'a que peu d'influence sur les conditions structurelles énumérées ci-dessus. Par conséquent, l'amélioration des déterminants de la santé ne peut que passer par la mise en place d'une politique de santé intersectorielle, embrassant tous les domaines politiques (cf. également art. 2, al. 2, *let. d*).

La *let. b* définit la notion de « promotion de la santé ». La promotion de la santé vise à protéger les individus contre les maladies en améliorant l'ensemble des facteurs

⁵¹ L'une des définitions les plus connues de la notion de santé a été formulée en 1948 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » (préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé du 22 juillet 1946, RS 0.810.1).

⁵² Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J. : « Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung », 2007, Berne, 2^e édition remaniée

influant sur la santé, c'est-à-dire à la fois les modes de vie (facteurs individuels) et les conditions de vie (facteurs collectifs). Ainsi, elle consiste en des actions et mesures visant non seulement à renforcer les connaissances et les capacités des individus par l'empowerment et l'incitation à la participation, mais aussi à modifier les déterminants de la santé (cf. let. a ci-dessus) de telle manière que ces derniers aient un effet positif sur la santé individuelle ainsi que sur celle de la population dans son ensemble.

La *let. c* donne une définition de la notion de « maladie », laquelle englobe toutes les maladies physiques et psychiques médicalement classables et reconnues par l'OMS. Conformément à l'art. 118, al. 2, *let. b*, Cst., le champ d'application de l'avant-projet de LPrév se limite aux maladies précisées aux *let. d à f*. Les maladies transmissibles comprennent notamment le VIH/sida, la tuberculose ou encore la grippe saisonnière. Les maladies très répandues englobent, par exemple, les maladies cardiovasculaires, les dépressions et le diabète, et les maladies particulièrement dangereuses, le cancer, les maladies rhumatismales et la schizophrénie.

La *let. g* définit la notion de « prévention ». Or on distingue trois formes de prévention :

- *la prévention primaire* : mesures ciblées destinées à réduire le nombre de manifestations nouvelles d'une maladie ou d'un problème de santé à travers l'atténuation des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de protection (promotion de la santé) et s'adressant généralement à l'ensemble de la population ;
- *la prévention secondaire* : mesures ciblées destinées à intervenir précocement auprès des personnes et des groupes présentant des facteurs de risque connus pour certaines maladies ou troubles ou bien des symptômes déjà observables ;
- *la prévention tertiaire* : mesures ciblées destinées à empêcher la survenue de dommages consécutifs à une maladie préexistante.

On fait également la distinction entre prévention comportementale et prévention contextuelle :

- *la prévention comportementale* : mesures destinées à influencer le comportement des individus pour leur permettre une gestion autonome des risques de santé et pour améliorer leur culture sanitaire, et consistant notamment en des actions d'information, d'éducation et de conseil ;
- *la prévention contextuelle (ou structurelle)* : mesures destinées à influencer les conditions de vie et de travail ainsi que sur l'environnement, pouvant consister aussi bien en des dispositions réglementaires (p. ex. taxe sur les produits préjudiciables à la santé, interdictions de vente) qu'en des actions visant à promouvoir des comportements salutogènes déterminés (p. ex. construction de pistes cyclables, distribution gratuite de préservatifs), mais surtout le plus souvent du strict champ de la politique de santé.

La *let. h* définit la notion de « détection précoce ». Les mesures de détection précoce permettent de déceler des maladies, ou des risques de maladie, dont n'ont pas connaissance les personnes concernées. L'objectif étant à la fois d'avoir un bénéfice potentiel supérieur au risque et de maintenir les coûts à un niveau raisonnable, aucune mesure de détection précoce de grande ampleur (programme de détection organisé à l'échelle de la population) ne peut être prise si elle ne remplit pas un

ensemble de critères clairement définis, dont voici quelques exemples : la maladie recherchée doit pouvoir faire l'objet d'un traitement précoce, la méthode de détection utilisée doit être validée (fiable), et le programme concerné doit lui-même être efficace et efficient.

2.2 Section 2 : Instruments de pilotage et de coordination

Art. 4 Objectifs nationaux

Certes, la séparation des compétences établie par la Constitution veut que l'exécution des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce relève en premier lieu des cantons. Toutefois, la multiplicité des initiatives et stratégies déployées à la fois par le privé et par le public fait que tout le monde s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'améliorer la coordination ainsi que l'efficacité des mesures et de l'utilisation des ressources en fixant des priorités claires en matière de politique de santé et en renforçant la collaboration horizontale et verticale entre les différents acteurs. Or le Conseil fédéral a demandé dans son mandat du 28 septembre 2007 (cf. chiffre 1.1.7 ci-dessus) à fixer les priorités en question, et donc à améliorer le pilotage et la coordination, à travers la formulation d'objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé (objectifs nationaux).

La séparation des compétences établie par la Constitution veut que les objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé soient fixés par la Confédération (*al. 1*). Néanmoins, elle veut aussi, comme évoqué plus haut, que l'exécution des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce soit en premier lieu assurée par les cantons. Par conséquent, il faut que ces derniers soient étroitement impliqués dans l'élaboration des objectifs nationaux. L'idéal serait que ces objectifs soient à chaque fois consignés dans une convention politique commune engageant à la fois la Confédération et les cantons.

Pour éviter qu'il ne devienne trop coûteux en temps et en ressources administratives, le processus politique de formulation des objectifs nationaux doit se faire dans le cadre des structures déjà en place. Aussi a-t-on tout intérêt : premièrement, à désigner comme partenaires centraux dans ce processus, d'une part le comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) en tant que représentant des cantons et, d'autre part, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) en tant que représentant des services fédéraux concernés ; deuxièmement, à utiliser comme plate-forme stratégique d'information et de discussion les moyens qui sont déjà à disposition, et notamment le cadre offert par le Dialogue instauré entre la Confédération et les cantons par la Convention sur la Politique nationale de santé⁵³ ; et troisièmement, à faire si possible arrêter les objectifs nationaux dans le cadre d'une convention politique conclue entre l'assemblée plénière de la CDS et le Conseil fédéral.

Pour la Confédération, les objectifs nationaux revêtent un caractère impératif, puisque le Conseil fédéral a l'obligation de les prendre en compte lors de l'élaboration

⁵³ Convention entre la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Confédération suisse (Confédération) représentée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la Politique nationale suisse de la santé du 15 décembre 2003..

de sa stratégie de prévention et de promotion de la santé (cf. art. 5, al. 2). En revanche, pour les cantons et les autres institutions et organisations actives dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, ils ont uniquement valeur de directives.

La formulation et l'adoption des objectifs nationaux s'inscrivent dans un processus cyclique qui se répète tous les huit ans et se compose des étapes suivantes : réception du mandat, formulation des objectifs, adoption des objectifs, mise en œuvre, évaluation du degré de réalisation des objectifs, établissement de rapports, réception du mandat, et ainsi de suite.

Les « milieux concernés » évoqués à l'*al.* 2 renvoient à toutes les institutions et organisations concernées, directement ou indirectement, par les objectifs nationaux. Il s'agit entre autres des instances intercantionales de coordination, des organisations professionnelles médicales et non médicales, des organes de recherche, des organisations privées de santé et de prévention et de toutes les autres associations spécialisées dont une partie de l'activité porte sur la prévention et la promotion de la santé, des organisations de patients, des assureurs maladie et accidents, et enfin des associations professionnelles et économiques. Tous ces acteurs doivent être associés au processus de formulation des objectifs nationaux sous une forme appropriée. En outre, le Conseil fédéral et l'assemblée plénière de la CDS doivent les consulter dans le cadre d'une audition avant d'arrêter définitivement lesdits objectifs.

Selon l'*al.* 3, la Confédération et les cantons doivent formuler les objectifs nationaux en s'appuyant sur les bases scientifiques que constituent les rapports sanitaires élaborés de façon régulière (intégrant les déterminants de la santé), le rapport national sur la santé (cf. art. 22), et les recommandations des organisations internationales et de la communauté scientifique. Ils doivent aussi, autant que faire se peut, intégrer dans leurs réflexions les besoins des différents groupes de personnes, besoins qui peuvent être détectés dans le cadre de projets de recherche ou d'enquêtes auprès de la population.

Concrètement, les objectifs nationaux doivent être formulés de façon à pouvoir être contrôlés (*al.* 4), c'est-à-dire être chiffrés et/ou se référer à des éléments quantifiables. Il est d'ailleurs prévu d'élaborer régulièrement des rapports sanitaires (cf. art. 22, al. 1) qui permettront d'évaluer les résultats des mesures de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre par la Confédération et les cantons pour réaliser ces objectifs. Des mesures correctives devront être prises à chaque fois que cela se révélera nécessaire.

Art. 5 Stratégie du Conseil fédéral

La stratégie de prévention et de promotion de la santé du Conseil fédéral constitue l'instrument stratégique sur lequel s'appuie la Confédération pour le pilotage, la coordination et la mise en œuvre des objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé (cf. art. 4).

L'*al.* 1 stipule que le Conseil fédéral définit dans sa stratégie les grandes lignes de sa politique de prévention et de détection précoce des maladies. L'objectif ici est triple : la stratégie du Conseil fédéral doit permettre à la fois de délivrer un message cohérent à toute l'administration fédérale, de coordonner les activités des services fédéraux et des commissions extraparlimentaires, et d'assurer une utilisation efficiente des ressources.

La stratégie du Conseil fédéral doit être redéfinie tous les quatre ans et suit donc le cycle du programme de législature. La conduite de son processus d'élaboration est confiée au DFI, ou plus précisément à l'OFSP. Ceux-ci sont chargés d'associer à ce processus, selon une procédure qui reste à définir, non seulement tous les services fédéraux concernés mais aussi les cantons (cf. *al. 3*). En outre, ils doivent notamment veiller à ce que les grandes lignes définies dans la stratégie de prévention et de promotion de la santé soient compatibles et coordonnées avec la stratégie pour le développement durable également formulée par le Conseil fédéral.⁵⁴ Celle-ci contient en effet un volet « Santé publique, sport et promotion de l'activité physique » et se réfère donc aussi aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

L'*al. 1* fournit en outre le détail des éléments qui doivent être déterminés dans la stratégie de prévention et de promotion de la santé du Conseil fédéral.

Selon la *let. a*, la stratégie du Conseil fédéral doit définir les grands axes stratégiques des programmes nationaux au sens de l'art. 6. Or, comme ces programmes peuvent aussi prévoir des mesures de prévention structurelles impliquant une modification de la législation fédérale, elle doit également énumérer tous les objets des Grandes lignes qui sont liés à la prévention et à la promotion de la santé, qu'il s'agisse de révisions partielles de lois existantes ou de nouvelles réglementations légales. La planification des affaires doit s'aligner sur le programme de la législature au sens de l'art. 146 de la loi du 13 décembre 2002 sur l'Assemblée fédérale (loi sur le Parlement, LParl)⁵⁵.

Selon la *let. b*, le Conseil fédéral doit, par le biais de sa stratégie, et pour être en conformité avec ses propres directives en matière de gouvernement d'entreprise⁵⁶ de même qu'avec l'art. 16 de l'avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, redéfinir tous les quatre ans les objectifs stratégiques de l'institut.

Selon les *let. c et d*, le Conseil fédéral doit fixer, tous les quatre ans, le montant du supplément de prime LAMal prélevé en vertu de l'art. 20 LAMal ainsi que les bases stratégiques relatives à l'utilisation des recettes perçues sur les prélèvements pour la prévention au sens de l'art. 13 et au versement des aides financières au sens de l'art. 17. Enfin, et ce n'est pas là la moindre des missions qui lui sont assignées, il doit définir les axes stratégiques des mesures destinées à optimiser les statistiques et rapports sanitaires au sens des art. 20 à 22 (*let. e*).

Lorsqu'il définit sa stratégie, le Conseil fédéral doit se baser sur les objectifs nationaux (*al. 2*). Il doit aussi analyser les effets potentiels de cette dernière sur l'économie, la société et l'environnement (*let. a*), ceci afin d'éviter de faire peser des contraintes inutiles sur les individus, sur certains groupes de personnes ou encore sur les entreprises. Ce faisant, il doit trouver le juste équilibre entre la nécessité, dictée par l'intérêt général, de protéger la population ou certains groupes de personnes

⁵⁴ La Stratégie pour le développement durable est redéfinie tous les quatre ans par le Conseil fédéral. Elle s'inscrit dans le prolongement des efforts engagés il y a vingt ans à travers le monde avec le rapport « Our common future » (notre avenir à tous) de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement (aussi appelé « rapport Brundtland », du nom de la présidente de cette commission). Pour être « durable », le développement doit concilier les objectifs relatifs à la responsabilité environnementale, à l'efficacité économique et la solidarité sociale.

⁵⁵ RS 171.10

⁵⁶ FF 2006 7799

contre les maladies transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses, d'une part, et celle de préserver la liberté économique de chacun, d'autre part.

Techniquement, la prévention et la détection précoce des maladies au sens de l'art. 1 présentent des rapports étroits avec d'autres domaines de prévention, notamment avec la prévention des accidents professionnels, des maladies professionnelles et des accidents non professionnels au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)⁵⁷, avec la protection de la santé au sens de la loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail (LTr)⁵⁸, avec la prévention des accidents de la route au sens de la loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR)⁵⁹, ou encore avec la prévention de la violence au sens de l'art. 386 du Code pénal suisse (CP)⁶⁰. C'est la raison pour laquelle la *let. b* stipule que le Conseil fédéral doit tenir compte dans sa stratégie des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce prévues par ces quatre actes législatifs.

Pour garantir une coordination suffisante entre ses activités et celles des cantons, la Confédération doit associer ceux-ci à l'élaboration de la stratégie du Conseil fédéral, et ce, sous une forme appropriée (*al. 3*). Avant la prise de décision, elle doit de surcroît consulter les autres institutions et organisations directement ou indirectement concernées par cette stratégie (cf. également art. 4, al. 2), et ce, dans le cadre d'auditions au sens de l'art. 10 de la loi fédérale du 18 mars 2005 sur la procédure de consultation (loi sur la consultation, RS 172.061).

A la fin de chaque cycle quadriennal, le Conseil fédéral devra procéder à une évaluation des effets produits par sa stratégie. Il devra tenir compte des résultats de ladite évaluation lors de la formulation de la stratégie du cycle suivant (*al. 4*).

Art. 6 Programmes nationaux

En complément des dispositions correspondantes de la LStup et de la LEp, l'*al. 1* définit les programmes nationaux comme le principal instrument de pilotage et de coordination de la mise en œuvre. Il faut préciser que ces programmes seront essentiellement réservés aux questions complexes et multidimensionnelles (prévention de l'alcoolisme, prévention du tabagisme, promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière, prévention des maladies psychiques, prévention et détection précoce du cancer) exigeant un haut niveau de coordination entre tous les acteurs impliqués, qu'ils soient privés ou publics, et qu'ils agissent à l'échelle communale, cantonale ou fédérale.

Les programmes nationaux peuvent porter sur un risque sanitaire précis ou sur une maladie déterminée, mais aussi s'adresser – dans l'optique de l'élimination des inégalités en matière de santé visée à l'art. 2, al. 2, let. b – à un groupe de personnes choisi (migrants, personnes âgées, etc.) ou encore être axés sur un milieu de vie particulier (école, entreprise, commune, etc.).

Conformément à l'art. 5, al. 1, let. a, les bases stratégiques des programmes nationaux et, par voie de conséquence, les thèmes de ces programmes, sont prédéterminés par le Conseil fédéral en fonction des objectifs nationaux. Les programmes en eux-mêmes fixent ensuite les procédures et champs d'intervention à respecter pour leurs

⁵⁷ RS 832.20

⁵⁸ RS 822.11

⁵⁹ RS 741.01

⁶⁰ RS 311.0

domaines respectifs et pour une période allant de quatre à huit ans. Par conséquent, ils ont valeur de directives communes : tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre doivent organiser leurs activités en fonction de ceux-ci, tout en ayant en pratique la possibilité de leur apporter les adaptations dictées par les spécificités cantonales ou régionales ou de moduler leurs grandes orientations en fonction de ces mêmes spécificités.

Lorsqu'ils élaborent les programmes nationaux, les services fédéraux compétents doivent tenir compte des effets potentiels de ces derniers sur l'économie, la société et l'environnement (*al. 2*), ceci afin d'éviter de faire peser des contraintes inutiles sur les individus, sur certains groupes de personnes, ou plus particulièrement sur les entreprises. Comme cela est prescrit par la Constitution, ils doivent ce faisant veiller à respecter et préserver les libertés individuelles des citoyens, en particulier à ne pas restreindre de manière exagérée la liberté économique de ces derniers.

L'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux doivent, dans la mesure du possible, être déléguées à l'institut (cf. art. 26, al. 1, let. a) : toutefois, ces deux tâches seront assurées par les services compétents de l'administration centrale pour les programmes fortement axés sur des mesures sanitaires (préparation à une pandémie, p. ex.) ou les programmes axés sur la protection de la santé et exigeant une coordination étroite avec les activités législatives (programme sur le radon, p. ex.). En outre, l'institut doit soutenir les cantons ainsi que les organisations privées de santé et de prévention dans la mise en œuvre des programmes nationaux à travers des mesures de soutien portant spécifiquement sur ces programmes et entrant dans le cadre fixé à l'art. 10. La mise en œuvre des mesures doit en principe être financée directement par les cantons ainsi que par les autres institutions et organisations impliquées. Chaque programme doit être soumis par le service compétent à des contrôles réguliers destinés à évaluer ses résultats (efficacité et économicité).

Les plates-formes évoquées à l'*al. 4* représentent un instrument important pour la coordination de la mise en œuvre des programmes nationaux.

Art. 7 Evaluation de l'impact sanitaire

L'évaluation de l'impact sanitaire (EIS) est un instrument de politique sanitaire qui consiste à évaluer de manière prospective les répercussions sanitaires potentielles (positives et négatives) des projets politiques relevant d'autres secteurs que la santé, et ce alors que ces projets sont encore en cours de planification ou de décision. La méthode de l'EIS a été développée par l'OMS dans les années 70, à partir de l'idée que la santé ne dépend pas uniquement des conditions offertes par le système de santé (par ex. de la qualité et des prestations médicales et de leur accessibilité), des prédispositions biologiques et génétiques, ou encore des modes de vie individuels. Selon l'OMS, en effet, la santé et le bien-être de la population, ou des différents groupes de personnes qui composent cette dernière, reposent aussi dans une large mesure sur des facteurs tels que le climat politique, le statut social, la formation, l'emploi, le revenu, le logement, l'environnement et l'alimentation, c'est-à-dire sur des déterminants exogènes au domaine de la santé (cf. également commentaire relatif à l'art. 3, let. a).

L'*al. 1* donne au Conseil fédéral la possibilité de faire procéder à des EIS pour les affaires du Parlement et du Conseil fédéral présentant une portée particulière. Conformément à l'art. 11, l'EIS ne s'applique pas aux projets relevant de la compétence des cantons.

Selon l'*al.* 2, l'EIS doit, d'une part, permettre de sensibiliser aux questions de santé les décideurs politiques travaillant dans d'autres domaines que la santé et, d'autre part, contribuer, en révélant les éventuels conflits d'intérêts, à optimiser la transparence du processus décisionnel. C'est pourquoi il est prévu que les services fédéraux responsables des projets concernés procèdent à l'EIS dès les premières phases de la formulation politique.

L'administration fédérale réalise des évaluations d'impact prospectives depuis déjà longtemps, d'ailleurs avec succès : elle procède à des évaluations d'impact de la réglementation, destinées à mettre en lumière les conséquences économiques des projets, ainsi qu'à des évaluations de la durabilité, visant elles à estimer les conséquences sociales, économiques et environnementales de ces mêmes projets. Cela implique deux choses : d'abord, les bases méthodologiques de l'EIS doivent être définies en tenant compte des expériences réalisées avec ces instruments ainsi que des méthodes utilisées pour leur mise en œuvre ; ensuite, les différents instruments doivent être utilisés de façon coordonnée (*al.* 3).

Art. 8 Coordination

Comme évoqué plus haut (cf. commentaire relatif à l'art. 5), la prévention et la détection précoce des maladies au sens de l'art. 1 présentent, techniquement parlant, des rapports étroits avec d'autres domaines de prévention, notamment avec la prévention des accidents professionnels, des maladies professionnelles et des accidents non professionnels au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)⁶¹, avec la protection de la santé au sens de la loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail (LTr)⁶², avec la prévention des accidents de la route au sens de la loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR)⁶³, ou encore avec la prévention de la violence au sens de l'art. 386 du Code pénal suisse (CP)⁶⁴.

Pour assurer la coordination entre les mesures de prévention et de détection précoce des maladies au sens de l'art. 1 et les mesures de prévention et de promotion de la santé dépassant le champ d'application de l'avant-projet de LPrév, le Conseil fédéral doit être tenu d'ajuster la mise en œuvre des efforts prévus par ledit avant-projet avec celle des efforts de nature similaire prévus par les lois citées à l'art. 5, al. 2, let. b.

2.3 Section 3 : Tâches de la Confédération

Art. 9 Information

La communication d'informations sur les risques sanitaires potentiels et les comportements salutogènes est l'une des conditions de base pour voir s'établir des comportements adaptés, et donc l'une des clés de la réussite en matière de prévention et de détection précoce des maladies. La Confédération doit donner à la population (ou selon les cas à certaines parties de la population) toutes les cartes dont elle a besoin

⁶¹ RS 832.20

⁶² RS 822.11

⁶³ RS 741.01

⁶⁴ RS 311.0

pour améliorer sa culture sanitaire et se responsabiliser, à savoir lui fournir des informations, lui exposer les actions possibles et lui apporter les bases décisionnelles nécessaires. Mais elle peut aussi transmettre des informations aux spécialistes du secteur de la santé ou d'autres secteurs, aux autorités (sanitaires mais pas uniquement) et aux milieux économiques (*al. 1*).

Dans leur activité d'information, les autorités doivent se conformer aux principes généraux de l'administration, notamment en informant de manière compréhensible, objective, transparente et proportionnée. Elles ne doivent pas, en particulier, communiquer d'informations à d'autres fins que celles évoquées, notamment pas à des fins de propagande.

Les moyens d'information entrant en ligne de compte sont les suivants : communiqués et conférences de presse, mise à disposition ou distribution de matériel didactique, diffusion d'informations via Internet ou via une hot-line, campagnes d'information à proprement parler (cf. *al. 3*).

Les recommandations des autorités peuvent prendre la forme de consignes de comportement à l'adresse de la population dans son ensemble, de groupes de personnes, ou encore de destinataires précis, par exemple de spécialistes du secteur de la santé ou d'autres secteurs (*al. 2*). Sur le plan juridique, ces recommandations ne sont pas contraignantes, mais elles peuvent malgré tout avoir des effets : elles peuvent causer des préjudices (financiers) aux privés et donc conduire à des actions en responsabilité contre l'Etat.⁶⁵ Pour être recevables, elles doivent satisfaire au principe de la proportionnalité, selon lequel tout empiètement (potentiel) sur les droits fondamentaux doit se limiter au minimum nécessaire et exigible.

Lorsqu'il émet des recommandations, l'Etat n'est pas tenu de se cantonner à communiquer les faits. Il peut parfaitement analyser ces faits de manière à tirer ses propres conclusions et à exprimer ses propres jugements, dès lors que cela permet d'influer efficacement sur le comportement du public, et pour autant qu'il respecte ce faisant le principe de l'objectivité.

La possibilité de réaliser des campagnes médiatiques pour sensibiliser la population à des risques sanitaires ou à des modes de comportement salutogènes précis, ou bien pour influencer sur les comportements et le contexte sanitaires, constitue elle aussi un instrument important à la disposition de la Confédération dans l'accomplissement de son action de prévention et de promotion de la santé (*al. 3*). Cependant, ces campagnes médiatiques ne doivent pas consister en des mesures individuelles et isolées, mais s'inscrire dans le cadre de programmes nationaux concertés (cf. art. 6).

Afin de garantir la cohérence de l'information, et ce tant au niveau du fond que de la forme, l'*al. 4* stipule que la Confédération et les cantons doivent, notamment dans le cadre des programmes nationaux visés à l'art. 6, assurer une coordination suffisante de leurs activités d'information respectives.

Art. 10 Mesures de soutien

L'*al. 1* établit le principe selon lequel la Confédération doit désormais mieux épauler les cantons et les organisations privées de santé et de prévention, les organisations professionnelles médicales et non médicales ainsi que les fournisseurs de prestations au sens de la LAMal dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de préven-

⁶⁵ ATF 116 II 480 ss (Tchernobyl), 118 Ib 473 ss (Vacherin Mont d'Or)

tion, de promotion de la santé et de détection précoce. Ces prestations émanant de la Confédération sont complétées aux art. 18 et 19 par des mesures d'encouragement de la recherche, de la formation et du perfectionnement. Les mesures de soutien sont censées contribuer à améliorer l'efficacité des activités entreprises.

La fourniture des mesures de soutien incombe en premier lieu, selon l'art. 12, al. 2, à l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé (institut). En tant qu'interlocuteur privilégié des cantons au niveau fédéral pour ce qui concerne la réalisation des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, celui-ci a pour principale mission de soutenir le travail des cantons dans l'exécution de la loi sur la prévention.

Selon les *let. a à e* de l'*al. 2*, l'institut est notamment appelé à opérer dans les domaines de la gestion du savoir et de la documentation, de l'assurance qualité, de la conception de programmes, de la coordination et du travail en réseau, des modèles d'intervention et du traitement de l'information.

En tant que centre de compétences national en matière de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, l'institut se chargera de recueillir et de documenter toutes les connaissances scientifiques nécessaires, ainsi que les découvertes correspondantes (*let. a*). En délivrant ainsi informations et savoirs, il contribuera de façon décisive, avec le concours étroit de ses partenaires, à renforcer et asseoir la place de la prévention et de la promotion de la santé dans le pays. Sa mission consistera également, et c'est là une tâche que les scientifiques assurent plus rarement eux-mêmes, à actualiser et transmettre les connaissances pratiques disponibles, notamment celles, particulièrement précieuses, qui se trouvent dans les modèles d'intervention reconnus (modèles de bonne pratique). L'institut devra en effet s'occuper de la diffusion de ces modèles d'intervention – lesquels constituent un des moyens possibles d'accroître l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce avec un rapport coût-bénéfice optimal –, tout particulièrement de ceux qui portent sur des risques sanitaires pour lesquels le travail de prévention n'en est encore qu'à ses débuts en Suisse : mauvaise alimentation, manque d'exercice physique, maladies psychiques.

Pour autant, l'institut ne devra pas obligatoirement posséder en interne toutes les compétences spécifiques nécessaires. Il pourra en effet faire appel à des experts à chaque fois que cela lui sera nécessaire pour agir avec la souplesse et l'efficacité requises.

Par ses activités d'information et de documentation et grâce à son approche multi-sectorielle, l'institut viendra compléter le travail effectué par les centres de documentation qui sont déjà en place mais qui sont spécialisés dans des domaines précis de la prévention et de la promotion de la santé : par exemple, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Infodrog (centrale nationale axée sur les addictions et la thérapie stationnaire), ou encore la Société Suisse de Nutrition. Collaborer avec ces centres, mais aussi avec d'autres organisations (ligues de santé, Observatoire suisse de la santé, Swiss School of Public Health, hautes écoles spécialisées, universités, etc.), sur des thèmes et projets précis fera partie intégrante de sa mission.

Ainsi donc, l'institut disposera d'un réseau national. Mais il pourra également s'appuyer sur un réseau international qui lui permettra d'avoir une vue d'ensemble des connaissances scientifiques et pratiques acquises par les autres pays.

Pour garantir l'efficacité et/ou la durabilité des programmes et projets nationaux, l'institut devra, selon la *let. b*, élaborer des bases méthodologiques. Il devra notamment définir des critères de qualité, tels que la prise en compte de l'approche intégrée de l'égalité des sexes (*gender mainstreaming*) ou encore l'orientation vers le groupe-cible. Mais il mettra également à disposition tout un ensemble d'instruments destinés à assurer la qualité de conception et de réalisation des projets : modèle « quint-essenz », méthode d'« auto-évaluation », ou encore standards SEVAL (définissant les exigences qui doivent être posées aux évaluations). Par ailleurs, il veillera à ce que les personnes en charge de cette conception et de cette réalisation disposent du savoir-faire nécessaire. Enfin, il participera au développement de nouveaux instruments d'assurance qualité.

Selon la *let. c*, l'institut doit, d'une part, soutenir la mise au point de nouveaux modèles d'intervention en matière de prévention et de promotion de la recherche en collaborant avec les universités, les hautes écoles spécialisées, la Swiss School of Public Health et d'autres organisations des secteurs de la science et de la recherche ; d'autre part, il doit pouvoir évaluer l'efficacité et l'économicité des projets pilotes lors de leur réalisation.

La *let. d* souligne le rôle que doit jouer l'institut, notamment auprès des cantons et des organisations privées, en tant que plate-forme (de contact) centrale pour toutes les questions liées à la prévention, à la promotion de la santé et à la détection précoce des maladies.

Certes, la Suisse compte un très grand nombre de programmes de prévention et de promotion de la santé. Mais la dispersion des compétences dans ces deux domaines a conduit à des activités disparates et très mal coordonnées. Or on ne peut espérer prendre de mesures durablement efficaces et faire une utilisation efficiente des ressources financières qu'à la condition d'adopter une démarche nationale concertée et de fixer des priorités. L'institut aura donc aussi pour mission d'encourager et de coordonner la collaboration entre la Confédération, les cantons et les autres acteurs de la prévention et de la promotion de la santé (assureurs maladie et accidents, prestataires de services, organisations privées, associations économiques, etc.). Pour ce faire, il devra faire appel à des réseaux, soit déjà existants (« hepa », « nutrinet », etc.), soit au besoin créés par lui. Ceux-ci apparaissent en effet comme des supports incontournables tant pour diffuser les connaissances scientifiques fondamentales que pour permettre l'échange d'expérience, la communication et la mise en réseau entre les organisations membres et les autres acteurs.

Il apparaît logique que la Confédération apporte son soutien dans les domaines de prévention et de promotion de la santé où le fait d'agir au plus haut niveau permet de gagner en efficacité. La sensibilisation de la population à certains risques sanitaires et la remise des informations correspondantes font justement partie de ces domaines. C'est la raison pour laquelle la *let. e* stipule que l'institut peut, en accord avec les cantons, élaborer du matériel d'information (dépliants, brochures, etc.) ainsi que concevoir et réaliser des campagnes.

2.4 Section 4 : Tâches des cantons

Art. 11

La responsabilité de l'exécution des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce incombe en premier lieu aux cantons (*al. 1*). Dans l'accomplissement de cette mission, ces derniers doivent axer leurs activités sur la réalisation des objectifs nationaux. Ils reçoivent un soutien technique et méthodologique de la Confédération (ou plus exactement de l'institut) au niveau de la conception et de la réalisation des mesures (art. 10), ainsi que des contributions financières qui sont fonction de la stratégie définie par le Conseil fédéral et qui proviennent des recettes sur les prélèvements pour la prévention (art. 5, al. 1, let. d, et art. 13). Tous les cantons possèdent déjà aujourd'hui des structures de prévention et de promotion de la santé plus ou moins développées.

Selon l'*al. 2*, les cantons sont tenus de créer le cadre et l'infrastructure nécessaires à la mise en œuvre des mesures de prévention et de promotion de la santé. Mais ils peuvent aussi déléguer cette mise en œuvre à des institutions ou à des organisations privées. Cette disposition se rapproche de l'art. 3b, al. 1, de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup)⁶⁶, qui a été adoptée par l'Assemblée fédérale le 20 mars 2008.

Les *let. a à d* décrivent de manière plus détaillée les structures et offres que doivent mettre en place les cantons pour pérenniser les résultats qu'ils ont obtenus jusqu'ici.

Chaque canton doit désigner une personne chargée de la prévention et de la promotion de la santé (*let. a*). Cette personne sera l'interlocuteur de la Confédération. Et, dans l'optique de la mise en réseau entre les cantons et les communes, elle sera aussi la personne de contact des communes politiques. La collaboration entre les différents cantons pourra quant à elle s'effectuer non seulement dans le cadre de projets communs mais aussi via l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS).

Non seulement les cantons doivent créer des structures et des offres pour répondre à leurs besoins propres (en matière linguistique, socio-économique et politique), mais ils doivent également mettre en place les offres de conseil et de soutien nécessaires à la réalisation des objectifs nationaux et au renforcement de la culture sanitaire des individus. Ce faisant, ils doivent veiller à garantir l'égalité des chances devant la santé, et tout particulièrement tenir compte de la diversité sociale (passé migratoire, sexe, statut socio-économique) (*let. b*).

Les *let. c et d* sont focalisées sur les enfants et adolescents d'âge scolaire, qui, du point de vue de la Confédération, constitue un groupe auquel il convient d'accorder une attention et un soutien particuliers. Les services de santé scolaire, dont il est question à la *let. c*, devront essentiellement faire porter leurs efforts sur le bien-être physique et psychique, mais aussi social, des enfants et des adolescents. Idéalement, leur accès devrait être ouvert pendant toute la scolarité, afin que les écoliers aient véritablement le temps à la fois d'acquérir des modèles de comportement et des compétences psycho-sociales salutogènes et d'apprendre à identifier les dangers potentiels pour leur santé.

⁶⁶ FF 2008 2055

Certes, la mise en place (ou dans certains cas l'amélioration) de structures et d'offres de prévention et de promotion de la santé risque d'entraîner des coûts supplémentaires pour les communes, les villes et les cantons, en particulier pour ceux d'entre eux et d'entre elles qui ne sont pas encore très actifs dans le domaine. Par ailleurs, la loi donne aux cantons la possibilité de s'associer pour l'organisation et l'exécution des mesures concernées.

Tout comme les services fédéraux (cf. commentaire relatif à l'art. 6, al. 3), les cantons sont tenus de contrôler régulièrement l'efficacité et, si possible, l'économicité des mesures qu'ils prennent ou financent. Parallèlement, ils doivent assurer une coordination et une mise en réseau suffisantes des activités, et ce, tant sur le plan intracantonal que sur le plan intercantonal (*al.* 3).

2.5 Section 5 : Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé

Art. 12

L'organisation, le fonctionnement et le financement de l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé ne sont pas réglés directement dans la LPrév mais dans une loi spéciale (loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé). Le renvoi qui est fait à cette loi spéciale à l'*al.* 1 est là pour expliciter le lien qui existe entre cette dernière et la LPrév. L'*al.* 2 sert quant à lui à donner une assise légale à la délégation à l'institut des mesures de soutien visées à l'art. 10. La loi spéciale sur l'institut contient, de son côté, une disposition (art. 3, al. 2) renvoyant à la LPrév et à la délégation de tâches en question.

2.6 Section 6 : Prélèvements pour la prévention

Selon le droit en vigueur, les recettes sur les prélèvements pour la prévention sont gérées comme suit : le supplément de prime LAMal, prélevé en vertu de l'art. 20 LAMal, est utilisé par la fondation de droit privé Promotion Santé Suisse au sens de l'art. 19, al. 1, LAMal pour stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies ; la taxe pour la prévention du tabagisme est gérée par le FPT, un service rattaché à l'OFSP, conformément à l'art. 3 de l'ordonnance du 5 mars 2004 sur le fonds de prévention du tabagisme (OFPT)⁶⁷.

La LPrév prévoit que les recettes sur les prélèvements pour la prévention (supplément de prime LAMal et taxe pour la prévention du tabagisme) soient directement versées à l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, nouvellement créé. Dans la mesure où les recettes sont destinées à contribuer à des programmes ou projets lancés par des cantons ou des organisations privées de santé et de prévention, il s'agit d'un octroi de subventions et, partant, d'une véritable tâche ministérielle. L'attribution des fonds par l'institut permet cependant une utilisation distincte des recettes générales de la Confédération, qui tient compte aussi bien de la

⁶⁷ RS 641.316

forme spécifique de la perception du prélèvement pour la prévention que de l'affectation ciblée des ressources.

Le FPT est actuellement géré par un service rattaché à l'OFSP et sera transféré dans l'institut. La nouvelle réglementation des flux financiers pour le supplément de prime LAMal et la taxe pour la prévention du tabagisme implique également une modification des bases légales de la LAMal et de la LTab (cf. à ce sujet l'art. 28, Modification du droit en vigueur).

Art. 13 Affectation

L'al. 1 règle l'affectation des deux prélèvements pour la prévention. Ceux-ci peuvent être utilisés soit pour l'octroi de contributions à des programmes et à des mesures émanant de tiers (*let. a*), soit pour le financement de programmes nationaux au sens de l'art. 6 (*let. b*), les art. 14 et 15 indiquant en détail les modalités d'octroi des contributions. Comme jusqu'ici, la taxe pour la prévention du tabagisme ne peut servir à financer que des programmes et des mesures liés à la prévention du tabagisme (cf. aussi à ce propos l'art. 14, al. 2).

L'al. 2 précise une fois de plus, en complément à l'art. 5, al. 1, let. d, que le Conseil fédéral fixe les priorités d'utilisation des ressources lorsqu'il approuve sa stratégie. Lors de cette étape, il doit notamment indiquer quelle part des recettes perçues sur les prélèvements pour la prévention destinés au financement de programmes nationaux au sens de l'art. 6 (programmes que l'institut doit élaborer ou réaliser sur mandat du Conseil fédéral [cf. *infra* art. 26, al.1, let. a]) peut être utilisée. En fixant les modalités appropriées lors de la présentation des comptes de l'institut (cf. art. 14 de l'avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé), il faut veiller à ce que le respect de l'affectation des ressources au sens de l'al. 1 puisse être contrôlé.

Art. 14 Utilisation des ressources

Les recettes sur les prélèvements pour la prévention doivent servir à financer des programmes et mesures de prévention des maladies et de promotion de la santé entrant dans le cadre de la stratégie définie par le Conseil fédéral (art. 5, al. 1, let. d) et au sens de l'art. 13, al. 1, let. a. L'affectation précise de ces prélèvements est spécifiée plus en détail dans l'art. 14.

Selon le prélèvement perçu, les priorités diffèrent quelque peu : le supplément de prime LAMal peut servir à financer des mesures de prévention et de promotion de la santé émanant de la Confédération, des cantons et de tiers ainsi que des programmes cantonaux visés aux art. 26 et 33, al. 2^{bis}, LAMal (*al. 1, let. a et d*). De plus, selon des modalités qui restent à préciser, des contributions à des programmes cantonaux de prévention qui permettent la réalisation des objectifs nationaux (*al. 1, let. b*) peuvent être fournies. Toutefois, il faudra préciser par voie d'ordonnance que ce supplément ne peut être utilisé ni pour financer les activités législatives de la Confédération et des cantons ni pour financer les mesures d'exécution du droit fédéral et cantonal : ces activités et mesures constituent en effet des tâches relevant de la souveraineté étatique, financées par le budget de l'Etat. Enfin, le supplément de prime LAMal peut servir à financer des projets de recherche (*let. c*).

L'utilisation des recettes perçues sur la taxe pour la prévention du tabagisme se limite à la prévention du tabagisme. Par analogie à l'utilisation du supplément de prime LAMal, des contributions peuvent être octroyées à des mesures de prévention émanant de la Confédération, des cantons ou de tiers (*al. 2, let. a*), à des programmes cantonaux de prévention du tabagisme (*al. 2, let. b*) et à des projets de recherche (*al. 2, let. c*). Des restrictions doivent là aussi être introduites par voie d'ordonnance en ce qui concerne les tâches de souveraineté.

Art. 15 Conditions

L'octroi de contributions par l'institut est subordonné à des conditions matérielles : pour pouvoir y prétendre, chaque programme, mesure ou projet de recherche doit remplir l'ensemble des cinq conditions énumérées à l'*al. 1*. Ces dernières ont été définies de manière à garantir que tous les programmes et projets soutenus financièrement soient des projets qui, d'une part, contribuent à la réalisation des objectifs nationaux, et d'autre part, répondent aux critères de qualité reconnus. Pour autant, il convient d'encourager le développement de modèles innovants, et donc de laisser aux acteurs concernés une grande liberté de conception.

L'*al. 2* prévoit la possibilité d'assurer le versement de contributions sur le long terme.

L'*al. 3* précise que le fait de remplir toutes les conditions énumérées à l'*al. 1* ne donne pas automatiquement droit au versement d'une contribution par l'institut.

Art. 16 Gestion orientée vers l'impact

Tout programme ou projet financé entièrement ou en partie grâce aux recettes perçues sur les prélèvements pour la prévention doit faire l'objet d'un contrôle d'efficacité. Les évaluations ainsi réalisées doivent être transmises au service contributeur, c'est-à-dire à l'institut. Conformément à l'art. 10, al. 2, let. b, il incombe à ce dernier de renforcer et d'accompagner activement les contrôles d'impact, ceci afin d'assurer une gestion orientée vers l'impact qui soit globale et intégrée.⁶⁸ Les résultats des projets soutenus sont analysés méthodiquement et scientifiquement, ce qui permet par exemple d'établir des synthèses par groupe-cible, par milieu de vie, ou par mesure, ou bien encore de dégager des conclusions pratiques qui sont autant d'enseignements pour le futur (valorisation). Les résultats en eux-mêmes sont accessibles au public. Les conclusions qui sont tirées de leur analyse scientifique sont quant à elles communiquées aux cantons ainsi qu'aux organisations privées de santé et de prévention.

⁶⁸ La « gestion orientée vers l'impact » est une approche qui consiste à générer et systématiser de manière ciblée les informations relatives aux effets et à l'utilité soit de l'activité en elle-même soit de projets déterminés, précisément dans l'objectif d'optimiser les effets et l'utilité en question. La gestion orientée vers l'impact peut être dite intégrée lorsqu'elle englobe tout à la fois la planification des projets, le traitement des demandes de projets, la gestion de la qualité et de la durabilité, le controlling, l'évaluation des projets, le benchmarking ainsi que l'évaluation des effets en général.

2.7 Section 7 : Aides financières et autres mesures d'encouragement

Art. 17 Aides financières en faveur d'organisations

Cette disposition donne à la Confédération la possibilité d'accorder des aides financières à certaines organisations publiques et privées. Ces aides doivent être financées par les crédits approuvés de la Confédération. Ce sont les bases stratégiques définies par le Conseil fédéral qui déterminent le montant et l'affectation des aides financières (cf. art. 5, al. 1, let. d).

Ces aides financières ne peuvent être octroyées que pour des mesures à la fois d'intérêt général et d'envergure nationale visant l'information, la sensibilisation et la prévention relatives à certaines maladies non transmissibles ou psychiques, ou encore le conseil et le soutien (entraide comprise) des personnes atteintes de ces maladies. L'octroi d'une aide financière est en outre lié à une convention de prestations, dans laquelle sont décrits les objectifs à atteindre.

L'art. 17 correspond en partie à l'art. 2, al. 3, de la loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales⁶⁹, dont la présente loi entraînera du reste l'abrogation (cf. art. 27). Il repose sur l'idée que les organisations concernées sont tributaires du soutien de la Confédération, dans la mesure où leur activité peut difficilement être lucrative. Et, par extension, sur l'idée que l'absence d'aide financière risquerait d'entraîner un désengagement de ces organisations. L'indemnisation des prestations en faveur des bénéficiaires de l'AI et de leurs proches, ainsi qu'en faveur des personnes qui courent le risque de devenir bénéficiaires de l'AI, continue de se faire par l'intermédiaire de l'assurance-invalidité selon les prescriptions de l'art. 74 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)⁷⁰.

Lorsqu'une mesure remplit les conditions d'aide de plusieurs actes normatifs à la fois, elle doit, selon l'art. 12 de la loi fédérale du 5 octobre 1990 sur les aides financières et les indemnités (loi sur les subventions, LSu)⁷¹, être aidée au titre de chacun des actes concernés proportionnellement aux intérêts en jeu. En outre, les différentes autorités concernées doivent coordonner leur action (art. 12, al. 2, LSu). Dès lors, il ne faut pas perdre de vue deux choses : premièrement, l'art. 74 LAI et l'art. 101^{bis} LAVS prévoient d'ores et déjà l'allocation de subventions aux organisations de santé et de prévention qui sont actives à l'échelle nationale et qui proposent, par exemple, des prestations de conseil ou d'assistance, ou encore des cours ; deuxièmement, si ces deux dispositions limitent l'allocation de subventions aux mesures de soutien à destination des personnes invalides (pour la LAI) et des personnes âgées (pour la LAVS), l'art. 17 de l'avant-projet de LPrév ne fait lui référence à aucun groupe-cible déterminé. Par conséquent, pour empêcher que certaines organisations perçoivent des subventions doubles ou se voient au contraire supprimer toute subvention par l'AI ou l'AVS (cf. à ce sujet art. 75, al. 2, LAI et art. 101^{bis}, al. 4, LAVS), il est impératif d'assurer une coordination suffisante entre les mesures de soutien prévues par les trois actes (LAI, LAVS et LPrév).

⁶⁹ RS 818.21

⁷⁰ RS 831.20

⁷¹ RS 616.1

Art. 18 Encouragement de la recherche et de l'innovation

L'efficacité des mesures de prévention et de promotion de la santé planifiées et mises en œuvre dépend entièrement de la fiabilité des connaissances scientifiques qui sont prises pour base. Cette disposition donne donc à la Confédération la compétence d'ordonner ou de soutenir financièrement des travaux de recherche spécifiques lorsque le besoin s'en fait sentir.

Au-delà de la recherche fondamentale, dont la promotion incombe en principe aux organes de recherche existants, force est de constater qu'il existe, dans les secteurs de la prévention et de la promotion de la santé, un profond manque de connaissances en recherche appliquée. Notamment un manque de modèles d'intervention innovants, à la fois pour la population dans son ensemble et pour les différents groupes de personnes qui la composent. Aussi la Confédération doit-elle également encourager la recherche dans ces domaines précis.

Art. 19 Formation et perfectionnement

Pour garantir la qualité, et donc l'efficacité, des mesures de prévention et de promotion de la santé, il est indispensable de proposer une offre de formation et de perfectionnement appropriée. Cette offre doit s'adresser non seulement aux spécialistes en charge desdites mesures aux niveaux cantonal et fédéral, mais aussi aux collaborateurs concernés des organisations privées de santé et de prévention. Elle doit par ailleurs contenir des solutions spécialement adaptées aux personnes travaillant pour la prévention et la promotion de la santé de manière bénévole.

En terme de rapport coût-efficacité, il n'est absolument pas intéressant, en particulier pour les petits cantons et les organisations privées, de gérer la formation et le perfectionnement en matière de prévention et de promotion de la santé de façon isolée et unilatérale. Aussi est-il absolument essentiel que la Confédération s'engage spécifiquement pour le développement des offres de formation et de perfectionnement existant actuellement aux niveaux cantonal et national, dans les secteurs privé et public.

En pratique, l'encouragement de la formation et du perfectionnement dont il est ici question intervient dans le cadre des lois spéciales correspondantes de la Confédération, à savoir dans le cadre de la loi sur les professions médicales du 23 juin 2006 (LPMéd)⁷², de la LFPr⁷³, de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les hautes écoles spécialisées (LHES)⁷⁴, et de la loi sur l'aide aux universités du 8 octobre 1999 (LAU)⁷⁵.

2.8 Section 8 : Statistiques et rapports sanitaires

Art. 20 Statistiques sanitaires

Pour garantir l'efficacité et l'efficience des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, et pour contrôler l'efficacité de ces mesures, il est

⁷² RS 811.11

⁷³ RS 412.10

⁷⁴ RS 414.71

⁷⁵ RS 414.20

indispensable de disposer de statistiques sanitaires fiables (*al. 1*). Les *let. a à c* énumèrent les données qui doivent composer ces statistiques.

Les statistiques sanitaires ont trois fonctions très importantes : elles permettent de suivre l'évolution dans le temps des facteurs salutogènes et des comportements sanitaires au niveau de la population dans son ensemble mais aussi au niveau de certains groupes de personnes ; elles aident à représenter l'apparition, la fréquence et l'évolution dans le temps de certaines maladies et de leurs facteurs de risque, là encore pour la population dans son ensemble et pour certains groupes de personnes ; et, enfin, elles servent à définir les mesures à prendre pour prévenir et détecter précocement certaines maladies, ainsi qu'à contrôler l'efficacité de ces mesures une fois qu'elles ont été mises en œuvre.

Les exigences exactes en rapport avec les données à collecter doivent encore être précisées dans le projet de loi qui sera adressé aux Chambres fédérales. Pour des raisons ayant trait à la protection des données, il conviendra d'éviter autant que faire se peut de collecter des données personnelles particulièrement sensibles ; et, dans les cas où cela sera impossible pour des raisons ayant trait à la fiabilité des statistiques, il conviendra pour le moins de rendre ces données anonymes à temps.

Art. 21 Registres des diagnostics

Actuellement, on ne connaît guère en Suisse que les registres cantonaux du cancer, qui contiennent des statistiques sur l'incidence et la mortalité de cette maladie et qui sont parfois utilisés dans le cadre de la procédure d'assurance qualité appliquée aux mesures de prévention. Or l'objectif de l'avant-projet est d'élargir, si nécessaire, le champ des registres de diagnostics à d'autres maladies que le cancer, à savoir à des maladies physiques et psychiques désignées par le Conseil fédéral par voie d'ordonnance (*al. 1*).

La tenue des registres, c'est-à-dire la saisie puis la mise à jour des données, incombe aux cantons (*al. 1*). Etant précisé que, pour ce qui concerne les données personnelles, ces derniers doivent se conformer à leurs propres lois sur la protection des données.

L'*al. 2* énumère les objectifs de la collecte de données via les registres de diagnostics.

L'*al. 3* stipule que le Conseil fédéral doit édicter des prescriptions visant à unifier la collecte des données (pour des raisons ayant trait à la protection des données, ces prescriptions devront notamment imposer une anonymisation aussi rapide que possible des données personnelles éventuellement collectées). L'adoption d'une procédure de collecte des données uniforme représente en effet le seul moyen de s'assurer de pouvoir non seulement regrouper les informations des différents registres cantonaux mais aussi soumettre ces informations à une analyse centralisée à l'échelle nationale. L'*al. 3* fournit une base légale au financement de cette analyse centralisée.

Art. 22 Rapports sanitaires

Si l'on veut pouvoir formuler et contrôler les objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé en connaissance de cause, il est absolument indispensable de pouvoir s'appuyer sur des rapports sanitaires continus, décrivant et analysant l'état de santé et la prise en charge de la population globale et de certains groupes de personnes. Ces rapports fournissent une vue d'ensemble de la situation sanitaire et

mettent ainsi en évidence les liens qui existent entre les multiples facteurs qui influent sur cette même situation. Par ailleurs, la collecte continue de données permet de suivre et de comprendre les évolutions dans le temps (*al. 1*).

Les cantons doivent mettre à la disposition de la Confédération les données statistiques dont celle-ci a besoin pour élaborer les rapports sanitaires (*al. 2*). Ces données servent également à l'établissement du rapport national sur la santé que doit établir régulièrement la Confédération avec la participation des cantons (*al. 3*). Il faut supposer que ce dernier rapport sera en pratique établi par l'Observatoire suisse de la santé.

2.9 Section 9 : Exécution

Selon les prescriptions fédérales, la mise en œuvre des mesures de prévention et de promotion de la santé relève de la compétence des cantons. Ainsi les dispositions des art. 23 à 26 ne portent-elles que sur l'exécution et l'application des pans de la LPrév qui, soit du fait du domaine précis concerné, soit de manière générale, entrent dans le champ de compétence de la Confédération.

Art. 23 Collaboration internationale

L'al. 1 oblige les autorités d'exécution de la Confédération à rechercher et entretenir la collaboration avec les autorités et institutions étrangères ainsi qu'avec les organisations internationales et intergouvernementales. Il faut préciser que les services fédéraux participent déjà aujourd'hui aux travaux menés par plusieurs de ces organisations (par ex. l'OMS, l'UE, l'OCDE ou encore le Conseil de l'Europe) dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

L'al. 2 autorise la Confédération, sous réserve qu'un accord sur la santé soit effectivement conclu avec l'UE, à apporter son soutien aux cantons ainsi qu'aux organisations privées de santé et de prévention en cas de participation à des programmes internationaux, tels que le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique. Ce soutien englobe notamment l'aide à la rédaction des demandes de projets et à la prise de contact avec les organisations partenaires étrangères, soit des missions comparables à celles assurées par l'association Euresearch dans le cadre du mandat qui lui a été confié par le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche pour soutenir les chercheurs suisses participant aux programmes-cadres de recherche de l'UE.

Selon l'art. 7a, al. 1, de la loi fédérale du 21 mars 1997 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration (LOGA)⁷⁶, le Conseil fédéral peut conclure seul des traités internationaux lorsqu'une telle compétence lui est attribuée par une loi fédérale. *L'al. 3* l'autorise justement à conclure seul deux types d'accords internationaux particuliers, à savoir des accords portant sur l'échange réciproque d'informations (*let. a*) et sur l'échange de données statistiques (*let. b*).

⁷⁶ RS 172.010

Art. 24 Evaluation

L'*al. 1* s'appuie sur l'art. 170 Cst., qui exige que l'efficacité des mesures prises par la Confédération fasse l'objet d'une évaluation. Celle-ci doit permettre de déterminer scientifiquement si les mesures mises en œuvre remplissent effectivement les attentes et les objectifs, et à quel point, et par voie de conséquence, servir de base à l'évolution de la LPrév : le but est d'identifier les points forts et les points faibles de la loi, et de mesurer son impact, de manière à pouvoir ensuite émettre des recommandations pour son optimisation.

Selon l'*al. 2*, le service fédéral compétent doit notamment axer son évaluation sur les deux aspects suivants : l'impact de la loi sur la coordination et la collaboration entre la Confédération, les cantons, les villes et les communes, mais aussi les organisations privées de santé et de prévention (*let. a*) ; l'affectation et l'impact des moyens financiers engagés par la Confédération et les cantons ainsi que des prélèvements pour la prévention au sens de l'art. 13 (*let. b*). La collecte et l'accessibilité des données nécessaires à la réalisation des évaluations sont garanties par l'art. 20.

L'obligation imposée au département responsable de faire rapport au Conseil fédéral (*al. 3*) tient à ce que la coordination doit être assurée au niveau du Conseil fédéral, pour que, d'une part, ce dernier puisse remplir ses propres obligations envers le pouvoir législatif en matière de contrôle d'impact, et pour que, d'autre part, les organes législatifs disposent d'une base matérielle pour leurs éventuelles activités d'évaluation.

Art. 25 Dispositions d'exécution

Selon l'*al. 1*, le Conseil fédéral est tenu d'édicter les dispositions d'exécution nécessaires à l'application de la loi, après avoir entendu les cantons et les milieux spécialisés compétents. Ces dispositions d'exécution englobent :

- les ordonnances complémentaires et supplétives de la loi (cette compétence réglementaire est expressément inscrite dans les dispositions concernées de la loi) ;
- les dispositions d'exécution spécifiant les obligations prescrites par la loi et définissant, par exemple, plus précisément les notions utilisées dans celle-ci ;
- les ordonnances concernant l'organisation de l'exécution (uniquement dans les cas où la Confédération est responsable de cette exécution) ainsi que la coordination et la collaboration au sein de l'administration fédérale.

L'art. 48, al. 1, LOGA autorise le Conseil fédéral à déléguer la compétence d'édicter les dispositions d'exécution au DFI.

Et l'art. 48, al. 2, de cette même loi autorise de surcroît le Conseil fédéral à déléguer cette compétence à l'office fédéral compétent. C'est cette dernière possibilité que prévoit l'*al. 2*.

Art. 26 Délégation de tâches

Comme elles dérogent aux règles d'organisation des autorités, les délégations de tâches nécessitent une autorisation spéciale du législateur. L'art. 26 fournit – dans le respect de la LOGA – la base légale formelle nécessaire pour que puissent être

externalisées les tâches entrant dans le cadre d'exécution de la loi. Il autorise le Conseil fédéral à confier ces tâches d'exécution à des organisations et à des personnes de droit public et privé. En effet, certaines tâches des autorités d'exécution touchent des domaines très techniques, qui sont parfaitement maîtrisés par des organisations ou des personnes n'appartenant pas à l'administration fédérale. Or, pour ces tâches précises, il peut se révéler judicieux, tant en termes d'efficacité que de coût, de faire appel au savoir-faire spécifique des organisations et personnes externes en question.

L'*al.* 2 oblige la Confédération à exercer une surveillance étatique. L'*al.* 3 régit quant à lui l'indemnisation financière des tâches déléguées.

2.10 Section 10 : Dispositions finales

Art. 27 Abrogation du droit en vigueur

Dès lors que la loi sur la prévention sera mise en vigueur, la loi fédérale du 22 juin 1962 concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales⁷⁷ pourra être abrogée. Les dispositions de cette loi qui sont encore déterminantes sont en effet couvertes par l'avant-projet de LPrév.

Art. 28 Modification du droit en vigueur

1. Loi fédérale du 21 mars 1969 sur l'imposition du tabac⁷⁸

Art. 28, al. 2, let. c

L'art. 28, al. 2, let. c, de la loi sur l'imposition du tabac⁷⁹, stipule actuellement que le fonds de prévention du tabagisme (FPT) est administré par une organisation de prévention sous la surveillance de l'OFSP et en collaboration avec l'OFSPPO. Et sur la base de cette disposition, la gestion du FPT a été déléguée dans l'ordonnance sur le fonds de prévention du tabagisme⁸⁰ à un service rattaché administrativement à l'OFSP. A l'avenir, les recettes perçues sur la taxe pour la prévention du tabagisme devront être directement versées à l'institut, la gestion des recettes se faisant conformément aux dispositions de la LPrév (art. 13 à 16 LPrév).

2. Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie⁸¹

Art. 19 abrogé

L'art. 19 LAMal peut être abrogé. En effet, selon le nouvel art. 20 LAMal qui est proposé, l'utilisation du supplément de prime LAMal ne doit plus être assurée par une institution administrée par les cantons et les assureurs, mais par l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé qui sera créé (cf. *supra* art. 12).

⁷⁷ RS 818.21

⁷⁸ RS 641.31

⁷⁹ RS 641.31

⁸⁰ RS 641.316

⁸¹ RS 832.10

Art. 20 Supplément de prime

La législation sur l'assurance-maladie prévoit d'ores et déjà le prélèvement d'une contribution annuelle pour la prévention générale des maladies (art. 20, al. 1, LAMal) auprès de chaque assuré obligatoire. Cette contribution, jusqu'ici fixée par le DFI sur proposition de la fondation Promotion Santé Suisse, s'élève actuellement à 2,40 francs.

Ce principe du prélèvement d'un supplément de prime LAMal au sens d'une contribution ou d'un prélèvement pour la prévention générale des maladies auprès de tous les assurés doit subsister. Néanmoins, les fonds collectés ne doivent plus être versés à une organisation de prévention administrée par les assureurs et les cantons, mais à l'institut, qui utilisera les recettes conformément aux dispositions de la LPrév (al. 2). Autre modification par rapport au droit en vigueur, c'est désormais le Conseil fédéral, et non plus le DFI, qui détermine le montant de la contribution à prélever, et ce, en fonction des axes préalablement définis par lui dans le cadre de sa stratégie de prévention et de promotion de la santé (al. 3).

Art. 33, al. 2^{bis} Désignation des prestations

^{2bis} *Il peut associer les cantons à la mise en œuvre des mesures visées à l'art. 26. Les cantons doivent avoir été préalablement auditionnés.*

L'assurance obligatoire des soins couvre, pour l'ensemble de la population, le risque financier lié à la maladie. Elle est gérée par les assureurs reconnus, qui fixent la rémunération des prestations par convention avec les fournisseurs de prestations autorisés, c'est-à-dire avec les fournisseurs de prestations remplissant les exigences fixées par la loi et par l'ordonnance (conventions tarifaires, art. 43 ss LAMal). Les coûts des prestations qui remplissent la double condition d'être fournies par des fournisseurs de prestations autorisés et d'être obligatoires sont remboursés par les assureurs (système dit du tiers garant). Les fournisseurs de prestations sont listés de manière exhaustive par l'art. 35 LAMal et par les ordonnances d'exécution. Certes, les hôpitaux publics cantonaux, ou les services médicaux cantonaux, sont autorisés à fournir les mêmes prestations que les cabinets médicaux privés. Mais la loi ne confie aux cantons aucun rôle particulier en matière de fourniture de prestations. L'on sait pourtant que, dans le domaine précis de la prévention, l'implication des cantons est indispensable pour s'assurer non seulement que les prestations fournies soient conformes aux critères « de l'efficacité, de l'adéquation, et du caractère économique » (art. 32 LAMal) mais aussi, en tout cas pour une certaine catégorie de mesures, que la mise en œuvre soit à la fois efficace et orientée vers les objectifs. Font notamment partie de cette catégorie les mesures qui, comme la vaccination pandémique ou encore le dépistage par mammographie, s'adressent à un grand nombre de personnes. En tout état de cause, l'implication des cantons est indispensable pour faire le lien entre, d'un côté, le financement des prestations médicales, et de l'autre, la réalisation des objectifs de prévention par l'information et la prise en charge de la population. Certes, il existe d'ores et déjà des dispositions allant dans le sens de cette implication : la LAMal prévoit la possibilité d'exonérer de franchise les mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal (art. 64, ch. 6, let. d) ; et, au motif que c'est la seule façon de s'assurer que les prestations satisfassent aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur

les prestations de l'assurance des soins, OPAS)⁸² oblige les cantons à réaliser eux-mêmes les programmes de prévention lorsque les coûts des prestations correspondantes sont censés être pris en charge par l'assurance-maladie. Mais pour véritablement mettre en évidence le rôle des cantons dans la loi, il convient de compléter en conséquence l'art. 33 LAMal.

3 Conséquences

3.1 Conséquences pour la Confédération

D'une part, l'avant-projet de LPrév améliorera sensiblement les bases légales existantes dans le domaine de la coordination et du pilotage des mesures de prévention et de promotion de la santé à l'échelle nationale. D'autre part, il créera également les bases légales pour la prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques. Or la Confédération est appelée à jouer un rôle important de conduite stratégique dans chacun de ces deux domaines.

L'avant-projet de LPrév confère à la Confédération une mission nouvelle, qui est celle de formuler des objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé et de contrôler la réalisation de ces objectifs, tout ceci conjointement avec les cantons. Eu égard aux objectifs nationaux à atteindre, elle se voit en outre confier la tâche de coordonner les mesures et activités de l'ensemble des services fédéraux concernés, et ce, en définissant tous les quatre ans, au niveau du Conseil fédéral, une stratégie nationale.

A l'heure actuelle, les coûts liés aux nouvelles tâches fédérales mentionnées ci-dessous peuvent faire l'objet d'une estimation grossière, estimation qui devra encore être affinée en vue du message à l'intention des Chambres fédérales, et être chiffrés comme suit :

- 8 millions de francs pour indemniser l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé chargé de fournir les mesures de soutien destinées aux cantons et aux organisations privées de prévention et de promotion de la santé, conformément à l'art. 10 ;
- 8 millions de francs pour octroyer les aides financières à des organisations faîtières nationales, en vertu de l'art. 17 ;
- 2 millions de francs pour développer les statistiques sanitaires et garantir l'élaboration de rapports sanitaires, au sens des art. 20 à 22.

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi (vraisemblablement en 2012), le financement de ces prestations pourra être assuré par les transferts adéquats des moyens que l'OFSP utilise actuellement pour les mesures de prévention et de promotion de la santé (application sans conséquences sur le budget)⁸³. On peut toutefois supposer que, à long terme, des fonds supplémentaires seront nécessaires pour non seulement

⁸² RS 832.112.31

⁸³ Si, en raison des axes de réformes pour l'examen des tâches dans le domaine « Santé de l'homme et de l'animal » que le Conseil fédéral a approuvés le 9 avril 2008, la Confédération devait prévoir des économies dans le domaine de la prévention, il faudrait réévaluer le développement envisagé de nouvelles prestations – et notamment l'octroi d'aides financières aux organisations faîtières nationales au sens de l'art. 17 de l'avant-projet de LPrév.

concevoir et mettre en œuvre d'éventuels nouveaux programmes nationaux – relatifs notamment aux principales maladies non transmissibles et psychiques –, en conformité avec l'art. 6, mais aussi pour assurer le financement des programmes ainsi que des projets des cantons et des tiers. Ils devraient être dégagés en augmentant le supplément de prime LAMal (aujourd'hui de 2,40 francs par personne assurée et par an ; cf. également à ce sujet le chiffre 3.3).

La stratégie de prévention et de promotion de la santé définie tous les quatre ans par le Conseil fédéral déterminera, dans une large mesure, les mesures concrètes que la Confédération prendra et réalisera dans chaque domaine (cf. art. 5). Cette stratégie devra aussi inclure une vue d'ensemble des ressources humaines et financières requises pour la concrétisation des mesures au cours de la prochaine période de quatre ans. Elle devra tout particulièrement fixer les parts provenant des recettes issues des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) qui devront être mises à disposition de l'Institut pour la conception et la réalisation de programmes nationaux selon l'art. 6 (cf. art. 5, al. 1, let. d). En vertu de l'art. 14, l'Institut devra utiliser les recettes restantes pour fournir des contributions aux programmes et aux projets de tiers.

Il reste encore à déterminer si les systèmes informatiques actuels répondent aux exigences posées par le nouveau dispositif (par ex. en ce qui concerne la qualité des données ou encore l'échange automatisé de données au sein de la Confédération, avec les cantons ainsi qu'avec les autorités et organisations internationales) ou s'il convient de les optimiser.

Les coûts inhérents à la création et à l'exploitation de l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé se montent, selon les estimations, à 8 millions de francs par an (cf. ci-dessus).⁸⁴ Eu égard au message qui doit être rédigé à l'intention des Chambres fédérales, il sera procédé à un autre développement dans ce domaine également. La fixation de l'indemnisation des prestations fournies par l'Institut sur mandat de la Confédération se fondera sur les objectifs stratégiques du Conseil fédéral.

3.2 Conséquences pour les cantons et les communes

L'avant-projet de LPrév offre aux cantons, et donc aussi aux villes et aux communes, la possibilité de participer davantage à la politique de prévention et de promotion de la santé.

Avec cet avant-projet, qui tient compte de la structure fédérale de l'Etat, les cantons devront remplir ou se verront déléguer différentes tâches et obligations :

- gestion des services de santé scolaire ;
- gestion des offres de conseil et de soutien contribuant à la réalisation des objectifs nationaux, et ce, pour tous les groupes d'âge ;
- mise en œuvre des mesures de prévention et de détection précoce au sens des art. 26 et 33, al. 2^{bis}, LAMal ;

⁸⁴ Ce montant correspond au budget annuel d'organisations similaires comme l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) ou la Fondation Radix.

- tenue des registres de diagnostics de certaines maladies.

Les tâches et obligations énumérées risquent d'augmenter les besoins des cantons, des villes et des communes en ressources humaines et financières, en particulier pour ceux d'entre eux qui ne sont pas encore très actifs en matière de prévention et de promotion de la santé. Compte tenu du système de saisie archaïque, les données statistiques existantes relatives aux dépenses faites par les cantons dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé (cf. ch. 1.1.2) ne permettent pas de quantifier les ressources supplémentaires qui découleront, pour chaque canton, de la concrétisation de la LPrév. Eu égard au message à l'intention des Chambres fédérales, l'on tentera toutefois de faire parler ces données en menant une enquête auprès des cantons. Par ailleurs, la loi proposée donne aux cantons la possibilité de s'associer pour l'organisation et la mise en œuvre de leurs mesures de prévention et de promotion de la santé. En outre, les processus globaux de coordination et de pilotage gérés par la Confédération (cf. les objectifs nationaux selon l'art. 4 et la stratégie définie par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 5), l'extension des mesures de soutien de la Confédération (cf. art. 10) et l'amélioration de la base de données pour piloter les mesures (cf. art. 20 à 22) allègeront la charge pesant sur les cantons.

De surcroît, l'avant-projet de LPrév prévoit de donner au Conseil fédéral, dans le cadre de la stratégie défini par ce dernier conformément à l'art. 5, la possibilité de contribuer aux programmes cantonaux de prévention et de promotion de la santé en transmettant directement aux cantons une certaine partie des recettes issues du supplément de prime LAMal ainsi qu'une partie de la taxe de prévention du tabagisme. Les cantons pourront utiliser les contributions ainsi perçues pour les projets de leur choix, pour autant que ceux-ci contribuent à atteindre les objectifs nationaux (cf. art. 14, al. 1, let. b et art. 14, al. 2, let. b).

3.3 Conséquences économiques

Nécessité et possibilité d'une action de l'Etat

Contrairement aux trois piliers de la prise en charge médicale des malades (traitement, rééducation, soins), la prévention et la promotion de la santé ne sont actuellement – à l'exception de la lutte contre les maladies transmissibles, des mesures de prévention des toxicomanies, de la prévention des maladies professionnelles ainsi que de la prévention des accidents – pas suffisamment ancrées, que ce soit au niveau conceptuel, politique, organisationnel ou légal. Cette faiblesse structurelle a pour effet que la prévention des maladies et la promotion de la santé manquent bien souvent de pilotage et de coordination, mais aussi de transparence pour ce qui est des offres et des prestations.

Dans sa décision du 28 septembre 2007, le Conseil fédéral indique partager l'avis de la Commission spécialisée PPS2010 ainsi que de l'OCDE et de l'OMS selon lequel, en raison de la faiblesse structurelle actuelle, de nouvelles bases juridiques sont nécessaires pour renforcer la prévention et la promotion de la santé ainsi que pour améliorer la coordination et l'efficacité des activités déjà existantes.

En dépit du développement constant du marché du bien-être et de la santé (financés par des fonds privés)⁸⁵, il est impératif que l'Etat intervienne dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce, et ce, pour les raisons suivantes :

- *Principe de l'égalité des chances*: Par analogie avec le principe ancré dans l'assurance-maladie, il convient de garantir à chacun l'égalité devant l'accès à toutes les institutions et offres de qualité dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la détection précoce. La réduction des inégalités sociales dans le domaine de la santé qui en découle contribuera à assurer le maintien du principe de solidarité dans les assurances sociales (la LAMal en particulier).⁸⁶
- *Garantie des systèmes de sécurité sociale* : La réduction évoquée plus haut de la charge de maladie, de l'invalidité et de la dépendance en soins contribue aussi à décharger le système de sécurité sociale (notamment l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité) et, par là-même, les finances publiques. Eu égard à l'évolution démographique, cet allègement est impératif afin de pouvoir garantir également aux générations à venir une prise en charge médicale excellente et finançable (cf. plus bas les illustrations 1 et 2).
- *Amélioration du développement économique* : En Suisse, le bon état de santé de la population contribue à préserver ses capacités et permet d'accroître la productivité (diminution du nombre d'absences pour raison de maladie) ainsi que de garantir la croissance économique en préservant les capacités des employés (âgés).
- *Intérêt public à ce que la population soit en bonne santé* : Il est dans l'intérêt public que la période de vie sans maladie et sans infirmité soit la plus longue possible. Un allongement de cette période améliore non seulement la qualité de vie des citoyens mais contribue également à diminuer le poids de la maladie, l'invalidité et la nécessité de recevoir des soins.

Il est prouvé que les mesures structurelles (prévention contextuelle) prises en vue de limiter les principaux facteurs de risques tels que le tabagisme et une consommation problématique d'alcool ainsi qu'une mauvaise alimentation permettent de prévenir efficacement les maladies qui découlent de ces facteurs et ce, en maintenant l'efficacité des coûts. Grâce à ces mesures, la charge de maladie et, à long terme, les coûts en résultant peuvent diminuer. De telles mesures – légales pour la plupart – peuvent entrer en conflit avec d'autres intérêts publics tels que la liberté économique. Un dialogue politique doit donc être mené à large échelle pour garantir qu'aucun conflit n'éclate entre des prétentions publiques et privées. En outre, l'Etat doit aussi avoir la possibilité de limiter les intérêts privés là où le bien de la santé publique est considéré comme primant les intérêts des branches économiques.

Conséquences pour les différents groupes sociétaux

La nouvelle réglementation légale en matière de prévention et de promotion de la santé se répercute, en premier lieu, sur les acteurs publics fédéraux et cantonaux

⁸⁵ cf. à ce sujet notamment Stephan Sigrist : Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Berne, août 2006.

⁸⁶ Stephan Sigrist : Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Berne, août 2006, page 70.

(cf. ci-dessus les chiffres 3.1 et 3.2). Exception faite des assureurs, les autres organisations et acteurs actifs dans le domaine de la santé (médecins, pharmaciens, hôpitaux, etc.) ne sont qu'indirectement concernés par le projet. L'intégration de la fondation de droit privé Promotion Santé Suisse soutenue par les cantons et les assureurs en vertu des art. 19 et 20 LAMal dans l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé déliera les assureurs de leurs tâches dans le domaine de la prévention générale des maladies.

Les organisations privées de santé et de prévention ainsi que les institutions et les professions de la santé actives prioritairement dans le domaine curatif qui peuvent planifier leur action de manière ciblée dans ces secteurs et qui reçoivent de nouvelles impulsions pour proposer des mesures de prévention et de promotion de la santé bénéficient également de l'objectif de l'avant-projet de LPrév, qui consiste en une meilleure coordination et en un meilleur pilotage des activités que la Confédération et les cantons entreprennent en matière de prévention et de promotion de la santé.

A moyen et à long terme, les assurés devraient aussi pouvoir profiter, sur le plan financier, d'une consolidation de la prévention et de la promotion de la santé (cf. plus bas). Parallèlement, ils devront assumer probablement une charge financière supplémentaire. Le fait de renoncer à financer les coûts supplémentaires à long terme par le biais des finances fédérales, pourrait entraîner une augmentation du supplément de prime LAMal, actuellement de 2.40 francs. Partant de la prime annuelle moyenne de l'assurance obligatoire des soins en 2008 (3775 francs), le prélèvement représente aujourd'hui à peu près 0,06 % de la prime annuelle moyenne. Le supplément exprimé en pour cent se situerait nettement en-dessous des suppléments prélevés dans le domaine de la prévention des accidents non professionnels (0,75 % des primes nettes moyennes de l'assurance des accidents non professionnels, conformément à l'art. 2 de l'ordonnance du 6 juillet 1983⁸⁷ fixant les suppléments de primes pour la prévention des accidents) et dans celui de la prévention des accidents de la route (également 0,75 % de la prime nette de l'assurance-responsabilité civile des véhicules à moteur, conformément à l'art. 1 de l'ordonnance du 13 décembre 1976⁸⁸ sur une contribution financière à la prévention des accidents de la route).⁸⁹

Le présent avant-projet de LPrév ne contient aucune mesure s'adressant directement aux entreprises. En revanche, le secteur de la communication notamment peut bénéficier d'un engagement renforcé de l'Etat dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé et ce, grâce à la possibilité d'obtenir des mandats supplémentaires pour les activités d'information et les campagnes médiatiques en particulier.

Conséquences pour l'économie en général

Conjointement avec la formation, l'état de santé stimule l'accumulation et la sollicitation du savoir, des capacités et des expériences (capital humain ou richesse humaine) d'une population. Grâce au progrès technique et au capital (privé et public), le capital humain fait actuellement partie intégrante des facteurs de croissance déci-

⁸⁷ SR 832.208

⁸⁸ SR 741.811

⁸⁹ En vertu de l'art. 1 de l'ordonnance du 6 juillet 1983 fixant les suppléments de primes pour la prévention des accidents (RS 832.208), le supplément de prime pour la prévention des accidents et des maladies professionnels s'élève à 6,5 % des primes nettes de l'assurance des accidents professionnels.

sifs. La santé de tout un chacun et celle de la population ont donc une influence non négligeable sur la situation économique d'un pays. Une amélioration de la santé de la population freine, d'une part, l'augmentation des dépenses en matière de santé et, d'autre part, accroît le potentiel de production des personnes en rallongeant l'espérance de vie en bonne santé et en optimisant les possibilités de participation à la place de travail. Cela est souhaitable eu égard aux défis démographiques (« vieillissement de la population »). Par conséquent, l'on doit s'attendre, à long terme, à des conséquences fiscales ou non fiscales positives sur l'économie.

Des risques sanitaires élevés vont non seulement de pair avec des frais de traitement importants (coûts directs) mais engendrant également des coûts comme les arrêts de travail (coûts économiques indirects) (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Coûts engendrés par les maladies et les accidents (données correspondant à l'année 2003 et exprimées en milliards de francs)⁹⁰

Facteur de risque	Coûts sociaux totaux	Coûts directs dans le domaine de la santé (part des coûts de la santé)	Coûts économiques indirects	Coûts immatériels
Accidents et maladies professionnels	18,35	4,12 (8,2 %)	14,23	non chiffrés
Stress induit par le travail	16,80	2,30 (4,6 %)	3,10	11,40
Accidents de la route	13,30	3,80 (1,0 %)	0,46	9,00
Consommation de tabac	11,10	1,60 (3,2 %)	4,10	5,40
Troubles psychiques	8,30	2,90 (5,8 %)	5,50	non chiffrés
Abus d'alcool	7,10	0,85 (1,7 %)	1,60	4,70
Abus de drogues	4,10	1,35 (2,7 %)	2,30	0,42
Surpoids	2,85	de 1,20 à 1,70 (de 2,4 à 3,4 %)	de 1,14 à 1,65	non chiffrés

Une série d'études économiques ont été réalisées entre temps (cf. tableau 6). Elles déterminent les coûts directs ou indirects des maladies que la prévention permettrait d'éviter en partie et/ou évaluent l'économicité des mesures préventives. Pour ce faire, elles comparent tant les différentes mesures que leurs coûts avec les effets qu'elles ont sur la santé. Parallèlement, les coûts inhérents à l'absence d'action (c'est-à-dire à la renonciation à des mesures préventives) sont mis en évidence. En Suisse, il manque à l'heure actuelle une approche acceptée dans une large mesure qui permettrait d'évaluer les diverses mesures au moyen d'une méthode uniforme.

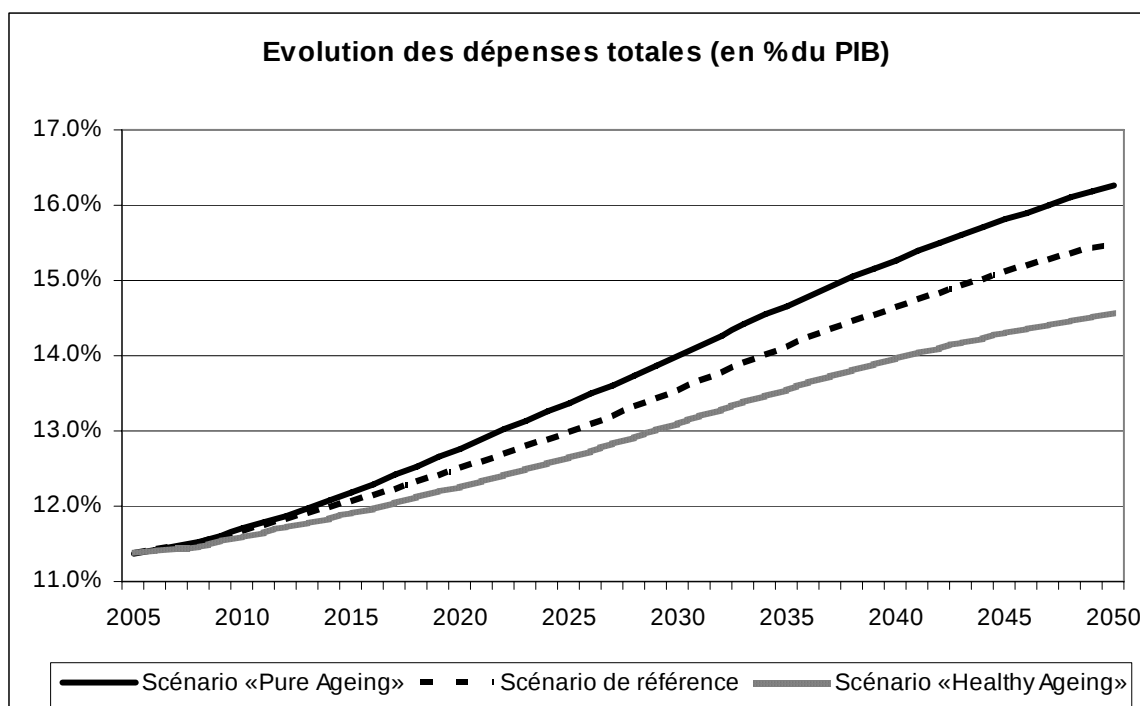
La longue période de latence entre la prise de mesures et la constatation de leurs effets ainsi que les interactions complexes entre la prévention contextuelle et la prévention comportementale rendent difficile de s'exprimer sur le potentiel de réduction des coûts à court terme induit par les mesures de prévention et de promotion de la santé. Les scénarios mis au point par l'AFF (en collaboration avec l'OFSP) pour le domaine de la santé en complément du plan financier 2009 à 2011

⁹⁰ Source : OFSP, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berne 2004

de la législature permettent, cependant, d'estimer l'influence de l'état de santé de la population sur l'évolution des coûts dans le système de la santé au cours des 50 prochaines années.⁹¹ Pour ce faire, on distingue trois scénarios :

- Scénario de référence : La population reste en bonne santé pendant la moitié de l'espérance de vie gagnée (extension partielle de la morbidité).
- Scénario «*Pure-Ageing*» : La hausse de l'espérance de vie va de pair avec une dégradation de l'état de santé de la population (extension de la morbidité).
- Scénario «*Healthy-Ageing*» : La population traverse les années d'espérance de vie supplémentaires dans un bon état de santé (diminution de la morbidité).

Illustration 1 : Evolution des dépenses totales dans le domaine de la santé exprimée en pour cent du PIB entre 2005 et 2050⁹²



Comme l'illustration 1 le montre, le scénario de référence met en exergue l'ensemble des dépenses de santé conditionnées en premier lieu par l'évolution démographique. Il souligne qu'elles passeraient de 52,76 milliards de francs actuellement (année de base 2005 ; correspond à une part de PIB de 11,4 %) à 220,89 milliards de francs en 2050 (part du PIB de 15,5 %).⁹³ Selon le scénario «*Pure-Ageing*», elles atteindraient même 232,07 milliards de francs (part du PIB de 16,3 %). Toutefois, si l'on parvient à améliorer l'état de santé de la population la plus âgée grâce à la prévention, à la promotion de la santé et à la détection précoce (scénario «*Healthy-Ageing*»), les coûts auxquels on peut s'attendre en 2050 enregist-

⁹¹ Administration fédérale des finances : Plan financier 2009 – 2011 de la législature, Berne, Février 2008, p. 115 ss.

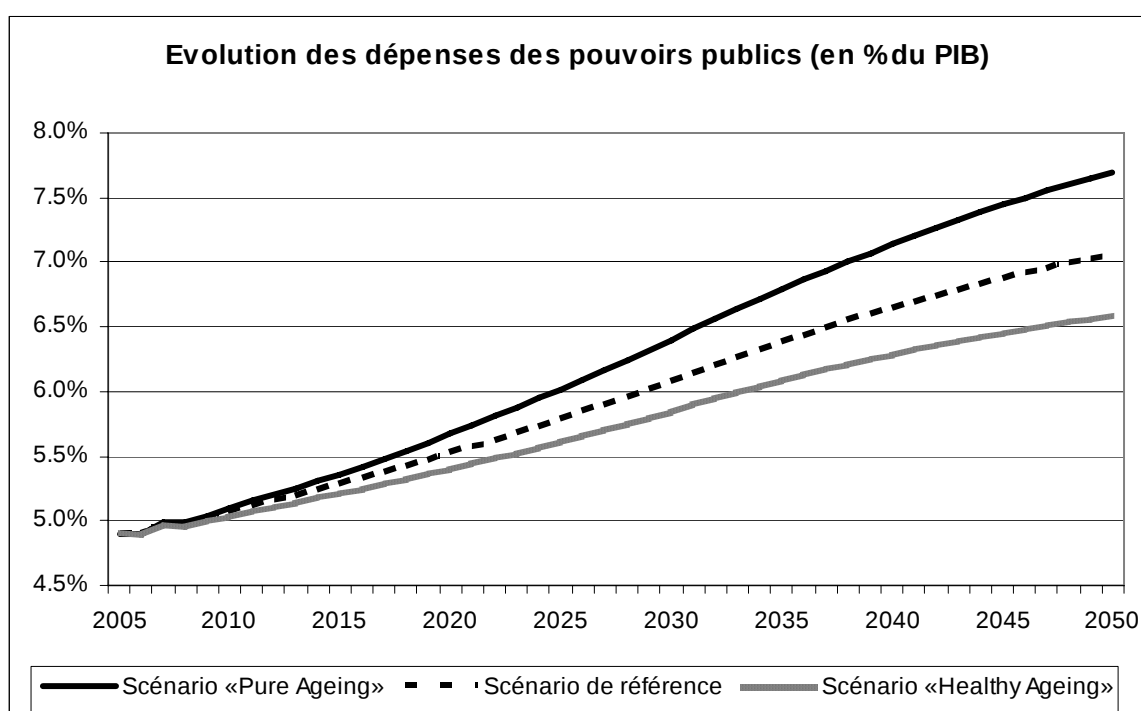
⁹² Source : Administration fédérale des finances

⁹³ Dans ce contexte, il convient de préciser que les effets de l'offre et de la demande dans le domaine de la santé résultant de l'évolution générale des revenus dans le scénario de référence expliquent près de la moitié de la croissance réelle des dépenses de santé totales.

treront une baisse et passeront ainsi à 13,30 milliards de francs (part du PIB de 14,6 %).

Etant donné que, selon le système financier actuel, une grande partie des coûts sont supportés par les finances publiques (contributions des cantons aux soins hospitaliers, contributions fédérales et cantonales à la réduction individuelle des primes), cette évolution a des conséquences considérables sur les charges financières supplémentaires auxquelles les collectivités publiques doivent s'attendre (cf. illustration 2). Comparé au scénario de référence, la part de PIB peut être diminuée de 0,5 point avec le scénario « Healthy-Ageing » (6,6 % au lieu de 7,1 % – en chiffres absolus, cette économie potentielle s'élève à 6,90 milliards de francs). C'est pourquoi l'étude de l'AFF en arrive à la conclusion que des investissements dans la prévention et la promotion de la santé pourraient constituer une mesure efficace pour freiner l'évolution des coûts décrite dans le scénario de référence. En renforçant la culture sanitaire de la population, la prévention et la promotion de la santé favorisent également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut contribuer par ailleurs à freiner l'augmentation des coûts du système de santé – aspect non abordé dans les scénarios présentés.

Illustration 2 : Evolution des dépenses des pouvoirs publics en pour cent du PIB entre 2005 et 2050⁹⁴



En avril 2008, l'Observatoire suisse de la santé a publié une étude sur l'évolution des coûts des soins de longue durée qui arrive à la même conclusion que l'étude de l'AFF :⁹⁵ Si, à l'avenir également, le moment où les personnes de 65 ans et plus nécessitent des soins reste celui que nous connaissons actuellement en dépit de l'accroissement de l'espérance de vie mais que, du fait même de cet accroissement

⁹⁴ Source : Administration fédérale des finances

⁹⁵ Observatoire suisse de la santé : Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Document de travail 34, Neuchâtel, Avril 2008 – consultable sur www.obsan.admin.ch.

de l'espérance de vie, elles sont tributaires de soins sur une plus longue durée, les coûts des soins de longue durée, qui se montent aujourd'hui à 7,3 milliards de francs (année de base 2005), passeront à 17,8 milliards de francs en 2030.⁹⁶ En revanche, s'ils ont besoin de recevoir des soins plus tard qu'actuellement (baisse du recours aux soins), les coûts s'élèveront à 16,2 milliards de francs, ce qui représente une économie de 1,6 milliard de francs par année. Aux dires des auteurs de l'étude, ces résultats indiquent clairement quel rôle les mesures de prévention et de protection de la santé qui contribuent à améliorer l'état de la population âgée et à garantir l'autonomie de celle-ci pourraient jouer dans l'atténuation de l'augmentation des coûts des soins de longue durée.

Comme mentionné au chiffre 1.1.2, les dépenses faites pour la prévention et la promotion de la santé saisies de manière statistique se chiffraient à 1,13 milliard de francs en 2005, ce qui correspond à 2,1 % des dépenses totales pour le système de santé suisse. Par conséquent, la Suisse se situe en-dessous de la moyenne de 2,7 % de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Ce montant ne comprend pas les dépenses pour la prévention médicales, soutenues par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 26 LAMal, étant donné qu'aucune donnée statistique émanant des assureurs n'est disponible à ce sujet. A l'échelon fédéral, outre les moyens financiers fédéraux (env. 35 millions de francs par an), les prélèvements pour la prévention, à savoir la taxe pour la prévention du tabagisme (recettes s'élevant à 17 milliards de francs par an) et le supplément de prime LAMal (recettes se montant à 18 millions de francs par an) sont utilisés, principalement, pour financer les mesures de prévention et de promotion de la santé (cf. également à ce sujet le tableau 3 au chiffre 1.1.2).⁹⁷

Comme le tableau 6 le montre, à ces dépenses s'opposent des dépenses annuelles totales pour les maladies potentiellement évitables se chiffrant à plus de 30 milliards de francs.

Des efforts de prévention reposant sur des mesures structurelles – comme l'interdiction de vendre des boissons sucrées dans les écoles publiques – peuvent occasionner des pertes financières pour les entreprises concernées. Etant donné que les mesures concrètes prises en fonction des bases stratégiques du Conseil fédéral (cf. art. 5, al. 1, let. a) ne seront fixées que dans le cadre de l'élaboration de programmes nationaux de prévention et de promotion de la santé en vertu de l'art. 6, les répercussions financières qui en découleront pour les entreprises ne peuvent pas être chiffrées actuellement. Cependant, l'avant-projet de LPrév prévoit une estimation prospective des éventuels effets économiques, sociétaux et environnementaux des mesures aussi bien lors de l'élaboration des bases stratégiques pour les programmes nationaux que lors de la préparation des programmes en eux-mêmes (cf. art. 5, al. 2, let. b, et art. 6, al. 2). Au centre de ces estimations, les conflits d'intérêts pouvant surgir entre la protection sanitaire de la population et une éventuelle restriction de la

⁹⁶ Une grande partie de l'augmentation des coûts qui, en raison de l'évolution démographique, dépend directement de la hausse du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, est inévitable.

⁹⁷ Dans le domaine de la prévention des accidents (accidents professionnels et non professionnels et accidents de la route), les suppléments de primes de l'assurance des accidents professionnels (env. 100 millions de francs par an) et de primes de l'assurance-responsabilité civile des véhicules à moteur (env. 24 millions de francs par an) permettent d'avoir à disposition quelque 140 millions de francs par an au total pour les mesures de prévention (cf. tableau 3 au chiffre 1.1.2).

liberté individuelle ou de la liberté d'entreprise doivent être abordés et examinés. Ce faisant, il faut toutefois considérer à part les restrictions de la liberté individuelle dans l'absolu et les pertes financières, qui vont de pair, occasionnées certaines branches de l'économie.

L'évaluation des conséquences économiques de la LPrév – notamment les conséquences fiscales mentionnées en introduction, qui pourraient dépasser, et de loin, d'éventuelles pertes de certaines branches – sera encore approfondie eu égard à l'établissement du message à l'intention des Chambres fédérales.

Réglementations alternatives

Dans le cadre des travaux préliminaires relatifs à l'avant-projet de LPrév, différentes réglementations alternatives ont été étudiées lors de la réorganisation et de la simplification des structures de prévention à l'échelle fédérale. L'on a, par exemple, rejeté l'idée de transférer les mesures de soutien selon l'art. 10 aux organisations privées de prévention et de promotion de la santé sur la base de mandats de prestations de plusieurs années et en tenant compte des bases des marchés publics. Cette variante conduirait à un morcellement des tâches et, en comparaison avec le *statu quo*, ne simplifierait pas les structures mais, au contraire, augmenterait les besoins en matière d'harmonisation et de coordination entre les différents mandataires.

Etant donné qu'il est prévu en parallèle de transférer la fondation de droit privé Promotion Santé Suisse œuvrant en vertu des art. 19 et 20 LAMAI dans l'Institut suisse de prévention et de promotion de la santé (cf. art. 18 de l'avant-projet de loi fédérale sur l'Institut suisse de prévention et de promotion de la santé), aucun besoin de coordination supplémentaire n'est nécessaire. La réglementation proposée supprime les actuels déficits de coordination et de pilotage en lien inhérents à ladite fondation.

Adéquation lors de l'exécution

Vu que l'avant-projet de LPrév ne prévoit aucun nouvel organe chargé de l'exécution et de l'application des mesures à l'échelle cantonale, il n'existe, en ce qui concerne la concrétisation et l'exécution des mesures, aucun doublon par rapport aux lois qui exigent, quant à elles, de nouveaux efforts en matière de coordination.

L'art. 5, al. 2, let. b, et l'art. 8 garantissent la coordination du contenu et la coordination technique des mesures de l'avant-projet de LPrév avec les mesures de prévention des accidents professionnels, des maladies professionnelles et des accidents non professionnels au sens de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)⁹⁸, avec les mesures de protection de la santé conformément à la loi du 13 mars 1964 sur le travail (LTr)⁹⁹ et avec les mesures de prévention des accidents de la route en vertu de la loi du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR)¹⁰⁰ ainsi qu'avec les mesures de prévention de la violence au sens de l'art. 386 du Code pénal suisse¹⁰¹ (CP).

En outre, une meilleure coordination des tâches entre les services fédéraux et entre la Confédération et les cantons crée non seulement plus de transparence dans le

⁹⁸ RS 832.20

⁹⁹ RS 822.11

¹⁰⁰ RS 741.01

¹⁰¹ RS 311.0

système mais réduit également les charges en termes de coordination et, par là-même, les frais administratifs.

Selon l'art. 5, al. 1, let. a, il est du ressort du Conseil fédéral de veiller à ce que, dans le cadre des programmes nationaux notamment, les mesures soient appliquées dans le respect d'un bon rapport coût/utilité. Pour ce faire, le choix de la stratégie concrète (p. ex. mesure structurelle, campagne médiatique, projet spécifique à des groupes cibles) et le choix des groupes cibles jouent un rôle déterminant. L'efficacité de chaque mesure dépend elle-même des facteurs de réussite décrits au chiffre 1.1.2.¹⁰² Comme les calculs de l'OMS le prouvent, les mesures structurelles entre autres (p. ex. la taxation des cigarettes et des boissons alcoolisées [bière, spiritueux et alcopops]) ont un effet très bénéfique sur les coûts.¹⁰³ L'OCDE et l'OMS recommandent donc dans leur rapport sur le système de santé suisse que la priorité soit donnée aux mesures dont l'efficacité sur les coûts est prouvée.¹⁰⁴ Cependant, comme mentionné plus haut, les mesures de prévention structurelles peuvent avoir des conséquences négatives pour les entreprises concernées, voire restreindre la liberté économique, et suscitent donc, la plupart du temps, des controverses au niveau politique. De telles mesures impliquent deux exigences : toujours signaler à temps d'éventuels conflits d'objectifs et peser avec soin l'intérêt public voué à la protection sanitaire de la population ou de certains groupes de personnes contre des maladies transmissibles, très répandues ou dangereuses, par rapport à celui visant la protection de l'économie.

C'est essentiellement pour cette raison que l'institut, en tant qu'organe centralisé de la Confédération pour la mise en œuvre de mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce, doit garantir que des informations sur les modèles d'intervention reconnus et efficaces soient facilement accessibles aux acteurs privés et publics (cf. art. 10, al. 2, let. a). Enfin, le développement des critères de qualité actuels (cf. art. 10, al. 2, let. b) et la promotion de la formation et du perfectionnement (cf. art. 19) auront pour effet que des instruments inhérents à la gestion de la qualité seront utilisés lors de la planification et de l'exécution de programmes et de projets et que les personnes en charge de la conception et de la mise en œuvre disposeront des connaissances spécifiques requises.

L'instrument de coordination et de pilotage des objectifs nationaux (cf. art. 4) et, à l'échelon fédéral, la stratégie définie par le Conseil fédéral pour la prévention et la promotion de la santé (cf. art. 5) garantiront que les bonnes priorités seront fixées d'un point de vue thématique, c'est-à-dire que seuls des programmes nationaux revêtant une importance fondamentale pour la santé publique (p. ex. maladies secondaires à la consommation de tabac ou d'alcool, les maladies résultant d'un manque d'activité physique et d'une mauvaise alimentation et les maladies psychiques graves) seront réalisés dans chaque domaine.

¹⁰² cf. également à ce sujet Office fédéral de la santé publique : Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne, 28 septembre 2007, p. 41 ss. (Efficacité des campagnes de prévention et de promotion de la santé) et p. 44 ss. (Efficacité de la prévention et de la promotion de la santé) – consultable à l'adresse www.bag.admin.ch/pgf2010.

¹⁰³ cf. à ce sujet www.who.int/choice et Office fédéral de la santé publique : Prévention et promotion de la santé en Suisse, Berne, 28 septembre 2007, p. 45 ss – consultable à l'adresse www.bag.admin.ch/pgf2010.

¹⁰⁴ OCDE et OMS : Rapport sur le système de santé suisse. Paris, 2006, p. 161.

Enfin, toutes les mesures à prendre conformément à l'avant-projet de LPrév et la loi en elle-même (cf. art. 24) devront périodiquement être contrôlées quant à leur efficacité et leur économicité.

4 Aspects juridiques

4.1 Constitutionnalité

L'avant-projet de LPrév s'appuie, d'une part, sur l'art. 117, al. 1 Cst. et, d'autre part, sur l'art. 118, al. 2 Cst.

En vertu de l'art. 117, al. 1, Cst., la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. C'est sur cette disposition que se fonde la compétence de la Confédération en matière de prélèvement - selon l'art. 20 de la LAMal révisée - et d'utilisation - selon les art. 13 à 15 de l'avant-projet de LPrév - du supplément de prime.

Selon l'art. 118, al. 2, Cst., la Confédération légifère sur des questions sanitaires spécifiques. L'art. 118, al. 2, let. b, Cst. lui donne ainsi la compétence de légiférer sur la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux.

Par maladies transmissibles, l'on entend les maladies qui, au sens de la loi du 18 décembre 1970 sur les épidémies¹⁰⁵, sont transmissibles à l'homme par des agents pathogènes ou leurs produits métaboliques (cf. art. 3, al. d, de l'avant-projet de LPrév). Il s'agit notamment de la tuberculose ou du VIH/sida. Les maladies très répandues sont des maladies suprarégionales et relativement fréquentes, au point que la diffusion réelle ou potentielle de la maladie implique éventuellement des mesures de prévention ou une détection précoce au niveau national (cf. art. 3, al. e, de l'avant-projet de LPrév). Il s'agit notamment des troubles liés à l'addiction ou des maladies psychiques. Les maladies particulièrement dangereuses sont des maladies qui menacent la vie ou entraînent des effets considérables (graves et durables) sur la santé (cf. art. 3, al. f, de l'avant-projet de LPrév). Il s'agit notamment des maladies cancéreuses. S'agissant de la prévention et de la promotion de la santé relatives aux maladies citées dans l'avant-projet de LPrév, les mesures y afférentes se fondent sur l'art. 118, al. 2, let. b, Cst. Par conséquent, la Confédération est, par exemple, habilitée à légiférer dans le domaine de la protection contre les effets néfastes du tabagisme passif sur la santé, puisqu'elle contribue par là précisément à prévenir des maladies particulièrement dangereuses, telles que le cancer.

L'art. 118, al. 2, let. b, Cst. renferme une autre base constitutionnelle spécifique sur laquelle l'avant-projet de LPrév repose, à savoir la protection de la population contre la circulation de denrées alimentaires, d'objets et de consommables qui peuvent présenter un danger pour la santé. Les mesures selon la loi sur la prévention qui concernent l'alimentation, le tabac, l'alcool et la drogue se basent sur l'art. 118, al. 2, let. b, Cst. Dans de nombreux cas, les mesures de prévention et de promotion de la santé prises en vue de prévenir les maladies très répandues ou particulièrement dangereuses au sens de l'art. 118, al. 2, let. b, Cst. se réfèrent directement à l'alimentation et à la consommation de drogue, de tabac ou d'alcool. En effet, l'usage de telles substances peut occasionner des maladies au sens de

¹⁰⁵ RS 818.101

l'art. 118, al. 2, let. b, Cst. Dans de tels cas, cet article contient la base constitutionnelle pour l'élaboration d'une mesure au sens de l'avant-projet de LPrév.

En vertu de l'art. 118, al. 2, let. c, Cst., la Confédération est, en outre, habilitée à prendre des mesures de prévention et de protection de la santé dans le domaine de la protection contre les rayons ionisants.

4.2 Forme de l'acte à adopter

Le projet contient des dispositions importantes fixant des règles de droit qui doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale, conformément à l'art. 164, al. 1, Cst. La LPrév suivra par conséquent la procédure législative simple.

4.3 Conformité à la loi sur les subventions

La loi fédérale du 5 octobre 1990 sur les aides financières et les indemnités (loi sur les subventions, LSu)¹⁰⁶ s'applique à l'ensemble des aides financières et indemnités prévues dans le droit fédéral. L'avant-projet de LPrév contient différentes dispositions faisant référence au versement d'aides financières ou d'indemnités.

L'avant-projet de LPrév expose à l'art. 17 (Aides financières en faveur d'organisations), à l'art. 18 (Encouragement de la recherche et de l'innovation) et à l'art. 23, al. 2, (Collaboration internationale) les différents cas pouvant entraîner le versement d'aides financières. Les organisations publiques ou privées qui favorisent l'information de la population sur les risques sanitaires, la prévention des maladies non transmissibles et des maladies psychiques, ainsi que la recherche et l'innovation, sont totalement tributaires des aides financières fédérales, dans la mesure où les autres sources de financement dont elles disposent ne sont pas suffisantes : sans le soutien de la Confédération, les activités telles que celles mentionnées à l'art. 17, dont il faut rappeler qu'elles ne génèrent pas de bénéfices, seraient condamnées à péricliter, et ce tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Aux termes de l'art. 23, al. 2, la Confédération encourage également les cantons et les organisations privées de prévention et de promotion de la santé à participer à des programmes internationaux. Or, là aussi, les cantons et les organisations concernées sont totalement tributaires des aides fédérales.

L'art. 26, al. 1, de l'avant-projet de LPrév prévoit que le Conseil fédéral peut déléguer certaines tâches de prévention et de promotion de la santé à des organisations ou à des personnes de droit public ou privé, notamment la mise en œuvre des programmes nationaux, les activités d'information, et la promotion de la formation et du perfectionnement. Et l'art. 26, al. 3, stipule que les organisations et les personnes auxquelles ont été confiées ces tâches ont droit à une indemnité. Sachant que l'exécution des tâches déléguées dans les ordonnances à différentes organisations et personnes représente une obligation légale, il est dans l'intérêt de la Confédération qu'elle soit assurée par des organisations ou des personnes connaissant bien à la fois le contenu des tâches et le public concerné. Aussi apparaît-il justifié au sens de la LSu de prévoir une indemnisation pour ces tâches.

¹⁰⁶ RS 616.1

Les conditions posées à la promulgation de dispositions fixant des règles de droit sur les aides financières et les indemnités au sens de la LSu sont remplies. L'autorité compétente en fixera les détails par la voie d'une ordonnance ou d'un contrat de droit public.

4.4 Délégation de compétences législatives

Outre l'art. 25, qui donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'exécution, seuls les art. 21, al. 1 et 3, et 26, al. 3, de l'avant-projet de LPrév contiennent des normes de délégation concernant l'édiction d'ordonnances. Le Conseil fédéral, en sa qualité d'instance compétente en la matière, peut ainsi compléter la loi dans les limites qu'elle lui fixe. Les délégations législatives portent sur des réglementations trop détaillées et spécialisées pour être inscrites dans la loi. Au regard du droit constitutionnel, elles doivent se restreindre à un objet déterminé, et ne peuvent donc être illimitées. C'est la raison pour laquelle les délégations législatives se restreignent toujours à un objet précis, et leur contenu, leur but et leur ampleur sont précisés dans une mesure suffisante. La délégation de compétences législatives est suffisamment définie au regard de la Constitution.