Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 61 (1969)
Heft: 1

Artikel: Situation et problèmes actuels de l'assurance-maladie
Autor: Duvoisin, R.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-385521

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Situation et problèmes actuels de l'assurance-maladie [1]

Par *R. Duvoisin*,
président de la Fédération neuchâteloise des sociétés de secours mutuels

L'assurance-maladie est un sujet «à la mode». Tout le monde en parle, mais il semble que ces derniers temps la confusion s'installe dans les esprits et que des solutions trop simples pour n'être pas qualifiées de simplistes se répandent dans tous les milieux.

Quand on fait le tour de ce qu'on appelle «assurance-maladie», on s'aperçoit bien vite que l'angle sous lequel on l'observe suggère des idées fort diverses et parfois contradictoires. De l'assuré, du citoyen ou du contribuable, quel parti prendre ?

Oui à une revision, mais en attendant...

Lors d'une enquête récente, l'Office fédéral a posé la question suivante: «Estimez-vous le moment venu de reviser entièrement l'assurance-maladie ?». Si vous répondez «oui» à cette question, vous vous obligez à un effort d'imagination pour créer de nouvelles structures à notre assurance-maladie.

Si vous répondez «non», l'effort d'imagination sera plus grand encore pour remédier à une situation financière des mutualités qui se détériore avec rapidité.

Autrement dit, quelle que soit la voie choisie, nous rencontrons des problèmes actuels. Mais la situation ne se résume pas à un oui ou un non ou, si vous préférez, nous ne pouvons pas choisir entre les conséquences du oui ou du non, car nous sommes obligés de cumuler pendant quelques années les soucis des deux solutions envisagées.

Vous le savez mieux que quiconque, une revision de la loi fédérale ne s'improvise pas. On procède à de nombreuses consultations de milieux les plus divers et, comme les avis divergent, on se met à rechercher la fameuse «solution suisse». Mais si démocratique que paraisse cette procédure, elle n'en est pas moins longue et il s'écoule de nombreux mois qui font des années. Et pendant ce temps... ? Eh bien il faut appliquer les lois existantes et se contenter d'un système qui ne donne pas satisfaction.

Vous voyez que, même en mettant les choses au mieux, il faudra courir après un équilibre financier qui ne sera jamais atteint tout en essayant de trouver le chemin qui nous conduira au régime idéal qui, par définition, devra être l'eldorado des assurés, une garantie de revenus confortables pour les professions médicales et para-médicales et, malheureusement pour les députés, un sujet de moins où exercer leur talent oratoire.

[1] Tiré de l'exposé présenté à l'assemblée générale du Cartel syndical du canton de Neuchâtel.

Pourquoi un petit historique

Mais avant de suivre l'étoile tout en tenant le manchon de la charrue, remontons un peu le sillon, si vous permettez l'intrusion de cette image bucolique, pour voir ce qui a déjà été labouré et ensemencé.

D'une part, nous croyons qu'il faut tenir compte de la tradition et de la mentalité des gens de ce pays et, d'autre part, nous placer dans une perspective progressiste et réaliste en souhaitant une évolution raisonnée qui tienne compte des structures existantes. C'est pourquoi un bref rappel historique nous paraît nécessaire. Nous nous en excusons auprès de ceux «qui savent déjà tout çà».

L'assurance-maladie telle que nous la connaissons est une réalisation relativement moderne. Les caisses-maladie ou sociétés de secours mutuels sont nées au milieu du siècle passé. C'est l'éclosion des mouvements de solidarité ouvrière qui se manifeste sous forme de syndicats, de coopératives et d'entraides mutuelles. Chez nous, comme à l'étranger, les effets sociaux du développement de l'ère industrielle se font sentir cruellement. La puissance économique de la famille se désintègre et disparaît la force sociale qu'elle représentait par la fourniture de l'aide essentielle à celui que la maladie ou l'infirmité empêchait de travailler.

A l'époque des premières «mutuelles», les membres se connaissaient, étaient animés du même esprit altruiste, et chacun s'efforçait de n'avoir recours à la caisse qu'en cas de nécessité absolue. Les vieux mutualistes des Montagnes neuchâteloises nous parlent encore de cette époque avec un très grand plaisir. Il nous faut surtout retenir qu'à cette période, comme aujourd'hui d'ailleurs, les dépenses des caisses étaient conditionnées par leurs recettes et ne procédaient pas d'une étude des besoins.

Dans la deuxième moitié du siècle passé, les caisses-maladie vont se développer assez rapidement et connaîtront vite des soucis financiers. Certains cantons seront appelés à légiférer en attendant l'intervention du pouvoir fédéral. L'influence allemande et les idées de Bismark vont permettre à notre pays de faire un effort législatif extrêmement important.

La législation fédérale

En 1890, le peuple suisse a accepté une adjonction à la Constitution (art. 34bis) qui autorise la Confédération à introduire l'assurance-maladie-accidents et à la rendre obligatoire en général ou pour certaines catégories de personnes. L'article précise aussi qu'il sera tenu compte des caisses existantes. Malheureusement on n'a pas retrouvé dix ans plus tard cette même majorité pour accepter le projet de la loi dite «Forrer» du nom du conseiller fédéral qui la présentait. Pourtant, encore aujourd'hui cette loi serait considérée comme «pro-

gressiste» et pourrait aisément soutenir la comparaison avec les lois des pays qui nous entourent.

Après cet échec, il a fallu attendre encore plusieurs années avant que notre actuelle LAMA voie le jour puisqu'elle porte la date de 1911. Malheureusement elle était devenue loi de subventionnement et d'encouragement et non loi organique. Son efficacité toutefois a été démontrée puisque aujourd'hui le 80% environ de la population est assuré. Les cantons les uns après les autres ont utilisé la possibilité que leur confère l'article 2 et ont décrété l'assurance obligatoire pour une certaine partie de leurs habitants et en créant parfois des caisses publiques.

La situation neuchâteloise

Nous ne nous étendrons pas sur la législation de tous les cantons. Nous rappellerons toutefois que l'Etat de Neuchâtel réalise par étapes l'initiative contreprojet acceptée par le peuple en décembre 1967.

L'hospitalisation en salle commune est réglée par une convention forfaitaire incluant les frais de soins et les frais de pension. Les caisses-maladie aidées par l'Etat paient les factures directement à une centrale d'encaissement des hôpitaux. Dans la plupart des cas, le malade assuré n'a rien à payer.

L'assurance est obligatoire pour les enfants de 6 à 18 ans ainsi que pour les personnes de condition modeste. L'assurance-accident a été réglementée. Les normes de classification donnant droit à l'aide de l'Etat aux assurés pour le paiement des cotisations sont revues.

Par contre, le postulat demandant l'assurance des personnes âgées est encore à l'étude. Les solutions les plus simples sont aussi les plus chères et une commission ad hoc où sont représentés les mutualistes, cherche une solution acceptable pour les finances publiques.

Le rôle des caisses-maladie

Il ne faudrait toutefois pas déduire de la description des interventions des pouvoirs publics que les caisses-maladie sont restées passives et impuissantes devant l'évolution de plus en plus rationnelle, par la création de caisse de réassurance pour les risques importants (polio, paralysie, tuberculose), elles ont fait honneur à leurs engagements. En attendant la revision de 1966, elles avaient elles-mêmes étendu leurs prestations au-delà des minimums légaux. Aujourd'hui encore, dans certains domaines, elles font œuvre de pionniers.

Leur regroupement dans des fédérations cantonales et «linguistiquement» régionales leur a permis d'affermir leurs structures, de se spécialiser dans un domaine de plus en plus complexe et de jouer aussi un rôle social non négligeable. Leur organisation démocratique n'a jamais été un handicap à leur activité et le fait qu'elles ne poursuivent aucun but lucratif n'a pas nui à leur développement.

Le principal souci est financier

Le souci majeur que pose actuellement tout le problème de l'assurance-maladie dans notre pays est celui de son financement. Depuis plusieurs années les caisses bouclent leurs exercices avec des déficits importants. L'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques en particulier est la cause d'un déséquilibre grave. Certes les abus existent. Mais il serait faux de limiter là les responsabilités. Il faut bien admettre que les techniques médicales ont considérablement changé et que leur coût est élevé. En cinq ans, les frais ont plus que triplé. Il est impossible de faire appel à la raison des assurés. Le rythme de travail, la vie trépidante qui est la nôtre, l'influence de la publicité pharmaceutique, etc., poussent les gens à recourir de plus en plus au médecin. Il ne faut pas oublier non plus que les engagements financiers des ménages sont tels qu'une perte de salaire, même légère, est douloureusement ressentie. Alors, calmants ou excitants doivent maintenir à tout prix, c'est le cas de le dire, un état de santé satisfaisant. Ne sous-estimons pas non plus l'influence d'une minorité du corps médical peu soucieux de ses responsabilités sociales. Il faut donc trouver des recettes, mais où et comment ? C'est là que nous arrivons à la charnière entre les soucis d'aujourd'hui et ceux de demain.

75% à la charge des assurés

En attendant une réforme du système devenue nécessaire, le recours à l'augmentation de la charge des assurés est indispensable. Actuellement 75% des dépenses des caisses-maladie sont à la charge des assurés et 20 à 25% à la charge des pouvoirs publics. Ce qui veut dire que chaque fois que les tarifs médicaux, les produits pharmaceutiques, les taxes d'hôpitaux, etc., augmentent ou que les lois étendent les prestations ou encore les deux à la fois, les assurés financent eux-mêmes ces dépenses nouvelles à raison de 75%. Il arrivera un jour où le montant des cotisations atteindra un plafond qui rendra prohibitive l'assurance-maladie même pour la classe moyenne. Cette impasse que nous dénonçons depuis quelques années déjà se précise. Faut-il laisser dégrader la situation et attendre des mesures d'urgence improvisées ? Personne n'y gagnerait et, semble-t-il, personne ne le souhaite.

Mais alors il faut en tirer les conclusions. Si «explosion» des frais il y a, où sont les retombées ? Les solutions qu'on nous propose généralement seraient sans influence. Il est en effet difficile de croire que la réduction du nombre des caisses fera baisser la «consommation médicale». De même que les frais généraux élevés ne résistent pas à un examen objectif de la situation: 9,6% pour l'ensemble des caisses en 1966 restent un défit difficile à relever, sinon par les caisses elles-mêmes.

Les études faites à ce jour

Beaucoup plus sérieuse semble être l'étude faite par MM. Tschopp et Gygi pour le compte d'un groupe de médecins. Elle nous semble toutefois, étant donné la qualité des mandants, passer un peu rapidement sur les responsabilités du corps médical. Il ne faut pas oublier que produits pharmaceutiques, traitements spéciaux ou incapacités de travail sont aussi des frais engagés par les médecins.

Le Mouvement populaire des familles a fait une étude extrêmement intéressante et a lancé une proposition d'organisation sur des bases nouvelles. Son premier mérite est celui d'exister car, à notre connaissance, rien d'aussi complet n'avait été publié. Ce projet rendra de très grands services. Il permettra à tous ceux que ces problèmes intéressent de se déterminer en fonction d'idées clairement exprimées. Rappelons qu'il comporte l'assurance obligatoire, la perception de la cotisation sur les salaires avec une participation de l'employeur et le maintien des caisses-maladie.

La proposition de M. Siegrist et celle de M. J.L. Duc publiées par la «Mutualité romande» sont très proches l'une de l'autre. Elles innovent en proposant une assurance obligatoire pour les gros risques seulement. C'est une solution extrêmement intéressante et les milieux syndicaux et mutualistes devraient l'étudier sérieusement.

Pour sa part, la Fédération romande des sociétés de secours mutuels a nommé une commission qui essaie de trouver concrètement le chemin pour une évolution harmonieuse et valable de la mutualité suisse.

Il ne s'agit là que de projets, nous sommes loin d'un semblant de réalisation.

Il devient toutefois évident pour tout le monde que le système actuel se trouve dans une impasse et que l'heure des choix décisifs approche.

Mais pour choisir, il faudra savoir, et pour savoir, prendre la peine de s'informer.

Ce problème nous concerne tous

L'assurance-maladie n'est pas l'affaire de techniciens. C'est l'affaire de tout le monde. C'est votre affaire. Il n'est pas indifférent pour l'assuré, le citoyen, le contribuable, que nous choisissions un système plutôt qu'un autre. Il faut se souvenir à temps que M. C.-F. Ducommun a dit: «Le cerveau doit rester un satellite du cœur».

C'est notre génération qui doit s'atteler à la solution de ce problème. Ce ne sera pas simple de mettre tous les intéressés d'accord sur un système qui laissera à chaque partenaire une part de responsabilité financière. A mon avis, il est exclu de mettre sur pied une organisation qui laisserait aux uns le soin d'engager les dépenses et aux autres de les payer. Chacun devra être conscient du rôle qu'il sera appelé à jouer. La solidarité ne doit pas rester une vaine formule d'après banquet, mais doit s'exercer entre les diverses classes de la population,

entre les jeunes et les âgés, entre les personnes morales et les personnes physiques, entre les malades et les bien-portants, mais aussi entre ceux qui encaissent et ceux qui paient.

Notre fédération cantonale est prête à toutes les délibérations sans exclusives qui pourraient conduire à une meilleure entente entre les partenaires de demain. Nous souhaitons un jour une table ronde qui comprendrait, outre les médecins et les caisses-maladie, des représentants syndicaux et patronaux, des différents services intéressés de l'Etat, afin que, à défaut d'une solution toute faite, nous arrivions à mieux comprendre quels sont les intérêts des uns et des autres et d'en dégager quelques lignes directrices qui donnent la priorité aux intérêts généraux.

«On appelle surhumain la tâche que l'homme met longtemps à accomplir» a dit Camus.

Si nous faisons tous l'effort que commande la situation, nous y arriverons.