

Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 53 (1961)
Heft: 5

Artikel: L'assurance-maladie en Suisse : quelques problèmes : exposé
Autor: Siegrist, W.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-385194>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 25.11.2024

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

des structures peuvent assainir l'agriculture. Notons encore que le nombre des personnes qu'elle occupe actuellement ne pourra pas être maintenu au même niveau.

Dans le domaine économique, les prophéties sont souvent démenties par les faits. Nous nous abstenons donc de faire des pronostics. Certes, dans une économie libre, certaines données permettent de formuler des prévisions; cependant, toutes sortes d'inconnues leur confèrent un caractère de fragilité, particulièrement dans un pays comme le nôtre, dont l'équipement statistique est particulièrement insuffisant. Ces inconnues sont aussi de nature psychologique; l'économie est le fait des hommes, d'hommes dont le comportement et les réactions ne peuvent être décelés d'avance avec sûreté. Bien qu'il ne soit pas inutile de s'interroger sur l'évolution future et que ces investigations puissent fournir de précieuses indications ne perdons jamais de vue que toute prévision est grevée d'incertitudes. Pour le moment, aucune menace sérieuse ne semble planer sur la prospérité. La demande de main-d'œuvre demeure extrêmement forte et ne peut être satisfaite qu'en partie. L'évolution ultérieure de l'intégration européenne demeure cependant un élément d'incertitude. Sera-t-il possible de jeter un pont entre les Sept de l'Association européenne de libre-échange et les Six du Marché commun? Ou leur rivalité provoquera-t-elle des difficultés? Des difficultés dont une politique plus raisonnable permettrait de faire l'économie? Ces questions sont justifiées. Mais pour le moment – la réévaluation du mark allemand et du florin néerlandais étant de nature à stimuler nos exportations – nous n'avons aucune raison d'envisager avec pessimisme l'évolution immédiate.

L'assurance-maladie en Suisse

Quelques problèmes

Exposé présenté par W. Siegrist, administrateur de la Caisse publique d'assurance-maladie de Bâle-Ville, devant l'assemblée générale de l'Association suisse de politique sociale, le 25 janvier 1961.

I. Introduction

La législation sur l'assurance-maladie a été élaborée en 1911, c'est-à-dire à un moment où cette branche de la prévoyance sociale n'en était encore qu'à ses débuts. A la suite de l'évolution extraordinairement rapide dont nous avons été les témoins au cours des dernières dizaines d'années, la loi ne répond plus à toutes les exigences. De 1914 à 1959, le nombre des membres des caisses de maladie est passé de 360 000 à 4,3 millions et les bilans de 8 à 550 millions! Si l'on

songe, de surcroît, aux progrès révolutionnaires qui se sont succédé pendant les cinquante dernières années dans les domaines de la médecine et de la pharmacutique, on s'étonne que le cadre tracé par la loi de 1911 n'ait pas sauté depuis longtemps.

Aussi, tous les milieux conviennent-ils qu'une revision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents ne peut plus être éludée. Mais, malheureusement, c'est à peu près le seul point sur lequel tout le monde soit d'accord. Le projet de revision de l'assurance-maladie – qui prévoyait l'introduction d'une assurance-maternité – mis sur pied par une Commission fédérale d'experts en 1954 s'est achoppé aux opinions divergentes des milieux intéressés. Comme il paraissait impossible de les concilier en temps utile, on a pensé qu'il serait sage de se contenter d'une revision partielle. Mais si cette solution peut permettre de résoudre certaines questions particulièrement urgentes, elle en laisse d'autres en suspens. Cette voie n'est cependant praticable que si l'on n'entend pas modifier de manière fondamentale la structure présente de l'assurance. En revanche, on ne saurait recourir à cette solution – ou du moins qu'à titre temporaire – s'il devait apparaître que seule une réforme profonde de l'assurance-maladie peut permettre de résoudre certaines questions de manière satisfaisante. Nous ne voulons pas nous prononcer d'emblée pour une solution plutôt que pour une autre. Nous y reviendrons à la fin de cet exposé. Nous n'aborderons pas davantage la revision partielle qui est envisagée. Ce qui nous importe, c'est d'exposer ici les problèmes que cette revision laissera en suspens ou ne résoudra pas de façon satisfaisante.

L'assurance-maladie pose un grand nombre de problèmes dont la solution est difficile. C'est ce qui ressort des discussions déclenchées en France et en Allemagne par les tentatives de réforme qui se succèdent depuis des années. En Suisse, le fédéralisme et l'institution du référendum compliquent plus encore la situation. Le temps qui m'est imparti me contraint à me limiter à quelques problèmes. J'esquisserai certaines des solutions qui m'apparaissent praticables. Cependant, étant donné la complexité de la matière et les réserves qu'appelle la réalisation de l'une ou l'autre d'entre elles je m'abstiendrai de formuler des conclusions définitives.

En appréciant les divers problèmes, il convient de ne jamais perdre de vue les objectifs sociaux de l'assurance-maladie. Elle vise au premier chef à préserver la population des soucis d'ordre financier que la maladie peut créer. Certes, il convient de laisser aux caisses d'assurance, qui sont constituées de plein gré, le soin de venir en aide à leurs membres – que les dépenses requises par la maladie soient faibles ou considérables. Quant à l'intervention des pouvoirs publics – qu'il s'agisse de décréter l'assurance obligatoire ou d'accorder des subsides – elle n'est justifiée que dans la mesure où

il s'agit d'empêcher que l'individu ou la famille n'affronte des soucis d'un poids excessif. D'autre part, l'assurance sociale doit atteindre – tant en ce qui concerne le cercle des assurés que l'ampleur des prestations – un degré d'efficacité suffisant pour être en mesure de protéger l'individu ou la famille de la misère. Les conséquences financières d'une maladie peuvent être telles (perte de gain, frais médicaux et pharmaceutiques) qu'il est évident, d'autant plus si l'on prend en considération les transformations des structures sociales et la position économique des employés et des ouvriers, que l'assurance sociale ne peut plus être limitée aux couches nécessiteuses de la population. Elle est devenue l'affaire du peuple tout entier. C'est pourquoi les caisses de maladie ne sauraient, comme d'aucuns le souhaitent encore, limiter le cercle de leurs membres aux nécessiteux; elles doivent être en mesure d'assurer tous les milieux que les dépenses élevées qu'entraîne une maladie peuvent acculer à une situation précaire. La maladie réduit d'un huitième environ par an la capacité de travail du peuple suisse, ce qui entraîne une diminution du revenu national de 2 milliards environ. Ces chiffres éclairent l'importance de l'assurance-maladie. Ils sont suffisamment éloquents, semble-t-il, pour nous engager, en mettant de côté les considérations dictées par des intérêts particuliers, à rechercher les solutions les plus adéquates aux objectifs de l'assurance. Et pourtant, nous pouvons dire en toute objectivité que le régime actuel ne permet pas de faire face de manière appropriée aux difficultés financières consécutives à la maladie. En dépit de la forte augmentation du nombre des assurés et de l'accroissement considérable des frais pris en charge par l'assurance, les statistiques de l'assistance publique démontrent qu'aujourd'hui encore ce sont au premier chef les conséquences financières de la maladie qui contraignent les individus et les familles à recourir à cette assistance. Deux faits essentiels expliquent ce regrettable état de choses:

1. Dans une proportion encore trop forte, les personnes de condition modeste ne sont pas assurées contre la maladie.
2. Les prestations de l'assurance sont insuffisantes.

Nous examinerons ces deux problèmes avant d'aborder la question du financement.

II. Le cercle des assurés

L'introduction de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité obligatoires pour l'ensemble de la population ne s'est pas heurtée à une forte opposition. Il n'en va pas de même de l'assurance-maladie. En fait, personne n'ose préconiser ouvertement une assurance-maladie obligatoire pour tous parce que cette revendication ne serait guère prise au sérieux. Quant au principe de l'as-

sujettissement partiel, limité aux milieux de condition modeste, il demeure impopulaire; il est vivement combattu par le corps médical. A première vue, cette opposition est incompréhensible si l'on songe que la maladie, et en particulier les affections chroniques, sont l'une des causes principales des difficultés financières qui contraignent l'individu et la famille à recourir à l'assistance publique. On pourrait penser qu'il serait plus logique de laisser à l'individu le soin de prévoir en vue de la vieillesse que celui de prévoir en vue de la maladie. La vieillesse est prévisible, mais la maladie ne l'est pas. Chacun souhaitant arriver à un âge avancé, l'épargne en vue de cette échéance n'est pas, ou guère, considérée comme une charge. En revanche, la maladie est indésirable; chacun espère qu'elle l'épargnera, de sorte que la prévoyance en vue de la maladie apparaît moins naturelle.

Les adversaires du principe de l'assurance obligatoire ne contestent pas catégoriquement que les milieux de condition modeste ont besoin d'une assurance qui les protège plus efficacement; mais ils craignent que les mesures qui seraient nécessaires pour garantir cette protection ne constituent un premier pas vers une étatisation de la médecine. Il serait oiseux de tenter de dissiper ici ces craintes, encore que les expériences faites à l'étranger soient de nature à nous dicter une attitude diamétralement opposée. En effet, on peut penser que l'insuffisance de la protection garantie par l'assurance peut exiger quelque jour une solution radicale – l'introduction d'un Service national de la santé, par exemple – mais qu'une assurance obligatoire conçue de manière à répondre aux exigences que l'on peut raisonnablement poser permettrait d'écarter ce risque. Et se soucie-t-on vraiment de mettre de manière objective dans la balance les avantages essentiels de l'assurance obligatoire et les arguments auxquels recourent les médecins pour dénoncer les dangers d'une étatisation de la médecine, de peser le pour et le contre? En bref, les chances de mettre sur pied une assurance obligatoire sont si faibles que je m'abstiendrai de commenter plus largement ce problème. En revanche, en liaison avec la revision des dispositions qui règlent les relations entre les médecins et les caisses – qui demeurent indispensables, bien que la revision partielle de la loi ne les abordent pas – il conviendrait de rechercher la possibilité d'un compromis en ce qui concerne le problème de l'assujettissement obligatoire. Quant à moi, j'envisage trois solutions:

a) La première consisterait à limiter l'obligation à l'assurance contre les maladies graves. La statistique de la morbidité de la Caisse publique de Bâle-Ville révèle qu'en 1948 près de la moitié de tous les cas de maladie ont coûté moins de 20 fr. par cas et les trois quarts des cas moins de 50 fr. Bien que ces montants aient quelque peu augmenté depuis en raison du renchérissement, ces chiffres mon-

trent dans quelle forte mesure l'accumulation des cas qui entraînent des charges financière minimales grève l'assurance-maladie. On pourrait envisager de limiter le principe de l'obligation aux cas où les frais de maladie dépassent un certain montant. Il y a une année, la Caisse publique de Bâle-Ville a introduit ce système à titre facultatif. Les personnes que la loi cantonale ne contraint pas à s'assurer ont la faculté, au lieu de contracter l'assurance ordinaire pour soins médicaux et pharmaceutiques qui prend en charge les frais dès le premier jour de maladie, de conclure, contre paiement d'une prime nettement plus faible, une assurance qui n'intervient que lorsque les frais dépassent – selon le choix – 30, 50 ou 100 fr. En d'autres termes, l'assuré prend lui-même en charge les cas bagatelles. Une solution analogue est concevable en liaison avec un régime d'assurance obligatoire, le montant de la « franchise » pouvant varier selon le revenu de l'assuré.

Cette réglementation offrirait le grand avantage de laisser aux médecins une large sphère d'activité en marge de l'assurance obligatoire. Cette dernière n'interviendrait qu'au moment où la maladie cesse, financièrement parlant, d'être un cas bagatelle.

b) Si l'on considérait cependant que cette solution implique une intervention trop profonde de l'Etat ou qu'elle est trop compliquée, on pourrait envisager de limiter l'application du principe de l'obligation à l'assurance des frais de traitement à l'hôpital. En effet, on a lieu d'admettre que les difficultés financières sont causées avant tout par les maladies qui exigent un long et coûteux séjour dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement et que la plupart des affections qui font l'objet d'un traitement ambulatoire n'ont pas cette gravité et n'entraînent pas des dépenses aussi élevées. Cette solution simple permettrait facilement de limiter l'assurance obligatoire aux maladies graves. Elle aurait aussi pour effet de dissiper les objections que le corps médical oppose au principe de l'obligation, l'exercice de la pratique médicale demeurant entièrement libre.

c) La troisième possibilité pose un problème qui, autant que je sache, n'a pas été abordé au cours de la discussion: l'introduction d'une assurance obligatoire pour la perte de gain consécutive à la maladie. Jusqu'à maintenant, les controverses déclenchées par le principe de l'obligation ont porté exclusivement sur l'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques; on a attaché moins d'importance à une nouvelle réglementation légale de l'assurance pour une indemnité journalière. Dans nombre de cas, cette lacune est comblée par les conventions collectives. Bien que 1,1 million d'hommes et un nombre équivalent de femmes soient assurés pour une indemnité journalière, cette assurance, dans l'immense majorité

des cas, est fort loin de compenser la perte de gain. L'effectif relativement élevé de ces assurés s'explique par le fait que les caisses, obéissant à des considérations d'ordre financier, assortissent l'assurance pour les soins médicaux et pharmaceutiques d'une assurance pour une indemnité journalière de 1 à 2 fr. En 1959, l'indemnité journalière moyenne s'inscrivait à 4 fr. 76, ce qui montre bien que la perte de gain est loin d'être compensée. En revanche, le régime néerlandais garantit, contre versement d'une prime de 0,75 à 1,5% du salaire brut, le paiement de 80% du salaire ou du traitement en cas de maladie. Cependant, les montants dus aux célibataires hospitalisés sont réduits des deux tiers. En Suisse, une prime de 2% de la somme des salaires permettrait (à l'instar de la Caisse nationale d'assurance-accidents) de verser 80% du salaire à l'assuré frappé d'une incapacité totale de travail; cette réglementation serait également étendue aux accouchées. Les employeurs participant (pour se libérer de l'obligation qui leur est faite par l'article 335 CO de verser le salaire pendant une certaine durée) au paiement des primes de l'assurance pour une indemnité journalière stipulée par les conventions collectives, ce problème pourrait être résolu au prix d'un léger accroissement des charges seulement. Nous reconnaissons cependant que l'institution d'une assurance obligatoire pour l'indemnité journalière — qui ne se heurterait pas à la résistance que les médecins opposent à l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques — ne garantirait pas la couverture des frais qu'exigent ces soins. Mais cette dernière, si la perte de gain était compensée dans une mesure suffisante pendant une assez longue période, ne constituerait plus un problème aussi grave qu'aujourd'hui. Il serait donc souhaitable que cette question fût étudiée attentivement en liaison avec la nouvelle réglementation du titre « Du contrat de travail » du CO qui est actuellement en discussion.

Si nous avons commenté aussi largement le principe de l'obligation, c'est tout d'abord parce que nous estimons qu'il demeure urgent de mettre l'ensemble des personnes de condition modeste au bénéfice de l'assurance (en 1959, 3 735 000 personnes ou 71,3% d'une population de 5 240 000 habitants étaient assurées pour soins médicaux et pharmaceutiques). C'est aussi parce que le principe de l'obligation permettrait de résoudre beaucoup plus facilement certains problèmes que le régime de l'assurance facultative laisse sans solution. Il ne s'agit pas seulement de contraindre des personnes imprévoyantes à s'assurer, mais aussi de mettre fin à l'état de choses choquant qui consiste dans le fait que nombre de personnes pour lesquelles l'assurance répond à un véritable besoin ne sont pas assurables ou ne le sont que partiellement dans le système actuel. Nous songeons avant tout aux personnes qui souffrent d'affections qui leur ferment la porte de l'assurance, aux personnes âgées ou invalides. Nous pensons aux fameuses « réserves » que l'assurance facultative

doit formuler à l'égard de personnes dont l'état de santé est déjà déficient. Nous songeons aussi au problème du financement, qui pourrait être ainsi résolu sur des bases entièrement différentes; de surcroît, la réglementation des rapports entre les médecins et les caisses et le problème des tarifs médicaux se présenteraient sous un jour nouveau. Nous y reviendrons.

III. Prestations insuffisantes de l'assurance-maladie

Au cours des dernières années, les prestations de l'assurance-maladie ont été fortement améliorées, avant tout à la suite de décisions prises par les caisses elles-mêmes. Aujourd'hui, lorsque le traitement est ambulatoire, les caisses couvrent pendant une durée illimitée les frais pour les deux tiers des assurés – sous réserve de la part que ces derniers doivent prendre eux-mêmes en charge. Du point de vue de l'assuré (mais non pas pour le médecin), ces prestations peuvent être tenues pour suffisantes dans l'ensemble, tant en ce qui concerne leur montant que leur durée. Certaines améliorations souhaitables sont envisagées en liaison avec la revision partielle de la LAMA.

La situation est différente en cas d'hospitalisation. Certes, la durée des prestations a été nettement prolongée au cours des dernières années. Bien que la loi fédérale se borne à fixer une durée minimum de 180 jours, la moitié des assurés hospitalisés ont droit aux prestations pendant 360 jours; pour près de 50%, ce droit est de 540 ou de 720 jours. De manière générale, cette réglementation assure le passage de l'assurance-maladie à l'assurance-invalidité. Cependant, cette dernière ne prenant pas en charge les soins médicaux et pharmaceutiques et la rente d'invalidité étant insuffisante pour couvrir les frais d'hôpital, une grave lacune subsiste. Les constatations faites à l'étranger montrent que les prestations pour soins médicaux aux invalides représentent le multiple de celles qui sont servies aux membres de l'assurance-maladie. Du point de vue social, on ne comprend guère pourquoi l'assurance-invalidité ne couvre pas ce risque accru, et cela d'autant moins que plus de la moitié des cas d'invalidité sont consécutifs à la maladie – si bien que la plupart des bénéficiaires de rentes doivent continuer à bénéficier de soins médicaux. L'inclusion de ces prestations aux invalides dans les obligations de l'assurance-maladie – elle est envisagée en liaison avec la revision partielle – implique également des difficultés, les dépenses ne pouvant pas être mises à la charge des caisses; de surcroît, l'assurance-maladie étant facultative, nombre de personnes assujetties à l'assurance-invalidité ne sont pas membres d'une caisse de maladie et ne peuvent, dès lors, bénéficier des prestations de cette assurance. A cet égard également, l'absence d'une assurance obligatoire pose des problèmes extrêmement difficiles à résoudre.

En outre, lors d'un traitement à l'hôpital, le problème complexe des prestations de la caisse de maladie est extrêmement difficile à résoudre. A cet égard, l'assurance est insuffisante, moins en ce qui concerne la durée des prestations que pour ce qui a trait aux genres de frais qu'elle couvre et à leur montant. Une personne assurée pour soins médicaux et pharmaceutiques (y compris le traitement à l'hôpital) est, semble-t-il, en droit d'attendre de l'assurance qu'elle paie à tout le moins les frais de l'hospitalisation en salle commune, éventuellement sous réserve d'une certaine participation aux frais de traitement ou aux frais de pension. Mais la réalité suisse évoque un habit d'arlequin fait de pièces et de morceaux. Cependant, un fil rouge court à travers toutes ces réglementations multiples; nulle part, les bases actuelles de financement ne permettent à l'assurance-maladie de couvrir, même approximativement, les frais très élevés du traitement à l'hôpital. Tandis que les dépenses par jour d'hospitalisation (coût de revient) s'élevait à plus de 30 fr. en 1959 dans les hôpitaux cantonaux et à plus de 50 fr. dans les cliniques universitaires, les prestations des caisses ne dépassaient pas 8 fr. 17 en moyenne. A Zurich et à Bâle, des subsides généreux des pouvoirs publics ont permis de mettre sur pied une réglementation exemplaire du point de vue de l'assuré. A Bâle, par exemple, l'assuré hospitalisé en salle commune d'un établissement public ou d'un hôpital privé ayant passé un contrat avec les caisses paie en tout et pour tout une contribution aux frais de pension de 1 à 3 fr. par jour selon son revenu. L'hôpital ne lui présente aucune facture, ni pour le traitement, ni pour les opérations, ni pour la pension. Il faut cependant reconnaître que les prestations de la caisse de maladie, qui s'inscrivent à 7 fr. 50 par jour d'hospitalisation, doivent être qualifiées de modestes. Une grande partie des dépenses sont couvertes par les pouvoirs publics, soit qu'ils prennent en charge le déficit des établissements, soit qu'ils allouent des subventions. Le canton de Bâle-Ville, par exemple, verse aux hôpitaux privés - en sus du versement forfaitaire de 7 fr. 50 effectué par la caisse de maladie - un montant de 11 fr. 25 par jour et par assuré soigné en salle commune.

La situation est toute différente dans les cantons et les communes qui ne versent que de faibles subsides aux établissements hospitaliers. Cet état de choses a deux conséquences: ou bien les caisses doivent augmenter leurs prestations, ou bien les assurés doivent prendre en charge les radiologies, les opérations, les analyses, etc., ce que l'on ne saurait admettre plus longtemps. Une assurance qui ne peut faire face qu'à une faible fraction des frais est rapidement discréditée si l'on ne remédie pas à cet état de choses.

Il ne faut pas se faire d'illusions: la solution de ces problèmes se heurtera à des difficultés quasi insurmontables. Une loi fédérale réglant les relations entre les hôpitaux et les caisses semble exclue

d'emblée. En effet, on ne saurait prescrire aux hôpitaux la part des frais qu'ils doivent facturer aux caisses et celle qu'ils doivent facturer aux patients sans garantir, parallèlement, la couverture des déficits. On tend aujourd'hui à améliorer les prestations de l'assurance-maladie. Il semble douteux que le système actuel de financement – qui repose sur les cotisations des membres et les subsides de la Confédération – permette jamais de satisfaire les assurés et les hôpitaux; aucune amélioration ne paraît possible sans une majoration très sensible des subsides fédéraux. Un accroissement des versements des caisses aux hôpitaux devant avoir pour contrepartie un allègement des charges des cantons et des communes, on peut se demander si la loi fédérale ne devrait pas contraindre les cantons à effectuer certaines prestations financières à l'assurance-maladie – comme ils le font déjà dans d'autres secteurs de l'assurance sociale.

Nous ne voudrions pas omettre d'aborder ici le problème de la médecine préventive, actuellement discuté en liaison avec la réforme de l'assurance-maladie allemande. La sauvegarde de la santé publique fait à l'assurance également un devoir de ne rien négliger pour prévenir les maladies ou pour les dépister aussi tôt que possible. Le projet de loi allemande prévoit que tous les assurés qui ont accompli leur quarantième année ont droit à un examen médical gratuit tous les trois ans. De surcroît, les caisses peuvent, par des contributions financières, faciliter des « cures préventives » lorsque le diagnostic médical fait craindre que l'assuré ne devienne incapable de travailler dans un délai prévisible s'il n'entreprend rien.

Ces cures ne sont cependant autorisées que dans des établissements spéciaux placés sous surveillance médicale. Il s'agit là d'un domaine dont l'assurance-maladie suisse devra se préoccuper prochainement.

IV. Financement

Il va sans dire qu'une amélioration tant soit peu satisfaisante des prestations de l'assurance-maladie exige de nouveaux moyens financiers. Les progrès de la médecine et de la pharmacologie se poursuivront, ce qui impliquera une nouvelle augmentation des frais. L'élévation du nombre des personnes âgées et du niveau de la morbidité aura le même effet. On peut donc dire que l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est entrée dans une phase permanente de difficultés financières. Malgré de constantes majorations des primes, l'écart entre les recettes et les dépenses grandit. Enfin, les tarifs médicaux provoquent entre les médecins et les caisses d'incessants conflits, préjudiciables à la confiance qui devrait régner entre les deux parties. Les médecins sont d'avis que les assurés aisés ou relativement aisés ne contribuent pas aux frais de traitement dans une mesure appropriée à leur revenu; ils préconisent dès lors une répartition des assurés entre diverses classes de gain.

Ils demandent aussi que la caisse indemnise plus fortement le médecin pour le traitement d'un patient bien situé que pour le traitement d'un assuré de condition modeste; l'échelonnement des primes doit être conforme à cette exigence.

Un échelonnement des primes selon le revenu est rationnel. Pour le moment, la LAMA l'interdit. Au contraire, elle fait aux caisses l'obligation de prélever des primes égales à prestations égales. Ce principe n'est pas conforme aux exigences d'une assurance sociale. La LAMA interdit un échelonnement que le législateur a expressément institué pour l'assurance-vieillesse, l'assurance-invalidité, l'assurance-chômage et le régime des allocations aux militaires. S'il n'a pas été possible, jusqu'à maintenant, de mettre sur pied une solution satisfaisante dans le domaine de l'assurance-maladie, c'est avant tout parce que l'on a renoncé à la rendre obligatoire. Dans le cadre d'une assurance facultative, un échelonnement des cotisations selon le revenu se heurte à d'insurmontables difficultés, en liaison notamment avec la diversité de la structure des effectifs des différentes caisses.

Il est évident que cet échelonnement des cotisations assurerait des recettes plus élevées que le prélèvement d'une prime uniforme, qui doit être ajustée à la capacité financière des membres dont le revenu est le plus bas. De cette manière, les milieux aisés contribueraient de manière plus substantielle à la rétribution des médecins qu'ils ne le font actuellement par le biais des honoraires exigés pour les consultations privées. Dès le moment où ces milieux paieront des primes plus élevées, les médecins n'auront plus de raison d'hésiter à accepter un tarif unique, étant entendu qu'il doit être établi de manière à leur garantir, compte tenu de l'ensemble des cas, une rétribution appropriée. Nous ne saurions admettre que le médecin exige des honoraires variant selon le revenu du patient; ce système risquerait – à tort ou à raison – d'éveiller chez le patient de condition modeste le sentiment qu'il doit se contenter d'un traitement sommaire, en série, alors que le malade aisé bénéficie d'un traitement individuel. La solution la plus simple – mais que seule une assurance obligatoire pour tous permettrait de réaliser – consisterait à prélever une prime fixée en pour-cent de la somme des salaires. Il suffirait d'un prélèvement de 1% pour couvrir les frais de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui.

On pourrait aussi procéder à l'échelonnement des primes selon le revenu en répartissant de manière appropriée les subsides des pouvoirs publics. La Confédération verse aux caisses une subvention fixe par membre, quel que soit son revenu. On pourrait concevoir que ces subsides fussent consacrés à abaisser les cotisations des assurés de condition modeste; en revanche, ceux dont le revenu dépasse un certain montant ne bénéficieraient pas de ces subsides.

Evidemment, ce système impliquerait un classement des assurés selon leur revenu; mais la revendication du corps médical visant à l'institution de plusieurs classes aurait le même effet. Les primes seraient plus équitablement ajustées aux revenus et les assurés qui n'en ont pas besoin ne bénéficieraient pas des subsides des pouvoirs publics. Relevons que ce système est déjà appliqué dans les cantons de Zurich, de Bâle et de Berne, où il fonctionne de manière satisfaisante.

S'il n'est pas possible de capter de nouvelles sources de recettes, un abandon du régime de la cotisation unique est inévitable à plus ou moins brève échéance. En effet, l'accroissement constant des dépenses finira par porter la cotisation à un niveau tel qu'elle cessera d'être supportable pour les milieux de condition modeste – ce qui aurait précisément pour effet d'écarter de l'assurance ceux qui en ont le plus besoin.

En résumé, nous pouvons constater que le système de financement de l'assurance-maladie suisse est unique en son genre; il se distingue des systèmes en vigueur dans les autres secteurs de l'assurance sociale suisse et des solutions étrangères. De manière presque générale, l'assurance-maladie est financée à l'étranger par des contributions des employeurs et des assurés. On sait que la loi Forrer, qui voulait instituer l'assurance obligatoire, prévoyait le prélèvement de cotisations patronales. A la suite de la votation populaire de 1900 qui a repoussé l'assurance obligatoire, le Conseil fédéral, dans son message du 10 décembre 1906, a renoncé à ce principe. Il précisait cependant que c'était bien contre son gré. L'article 2 du projet de loi conférait aux cantons non seulement la compétence de déclarer l'assurance obligatoire, mais celle aussi de percevoir des contributions patronales. On sait que le Parlement a interdit par la suite aux cantons d'assujettir les employeurs au paiement de cotisations. On en est resté là. A ce propos, il serait intéressant de déceler quelle est la proportion des maladies qui ont pour origine l'activité professionnelle. Les résultats de cette enquête permettraient d'aborder en meilleure connaissance de cause non seulement le problème d'une contribution patronale, mais aussi de faire plus de clarté sur la nécessité de promouvoir la médecine préventive.

V. Conclusions

Il y a lieu d'admettre que, même après que nous aurons mis sous toit la revision partielle qui est en cours, l'assurance-maladie posera encore d'autres problèmes que ceux que nous avons abordés. Bien qu'il soit concevable de procéder par étapes et de résoudre les problèmes les uns après les autres, et dans leur ordre d'urgence, nous devons faire en sorte que les revisions successives soient conformes à la conception générale que l'on doit avoir de la future assurance-

maladie. La revision partielle qui est en cours ne compromettra pas la réforme que j'ai tenté d'esquisser. Mais, à la longue, certaines transformations fondamentales seront probablement inévitables. Il se peut cependant que ces questions ne soient pas encore suffisamment mûres pour faire l'objet de propositions législatives. Quoi qu'il en soit, si cet exposé avait pour effet d'engager l'opinion à réexaminer l'un ou l'autre des problèmes et de faire progresser la réforme de l'assurance-maladie, il aurait atteint son but.

On ne vit pas de pain seulement

Par J.-P. Rochat

N'appartenant pas aux milieux syndicaux, mais attiré depuis longtemps vers les problèmes qui touchent à l'éducation populaire, j'ai éprouvé un vif plaisir à lire dans *Coopération* du 5 novembre 1960 ces lignes relatant une conférence de M. Jean Moreillon, secrétaire FOMH à Genève:

« Il y a de sérieuses lacunes dans l'éducation du travailleur, chez lequel on éveille trop rarement un désir de culture... Quant aux syndicats, ils ont avant tout lutté pour la réalisation d'objectifs immédiats d'ordre matériel... Mais ils sont arrivés à un tournant: ils peuvent et doivent s'occuper désormais activement de la formation culturelle de l'ouvrier. » Et M. Moreillon de préciser ce qu'il entend par appétit culturel: « Cette quête et cette affirmation de l'homme qui seules éviteront la faillite de notre système social. »

On ne saurait mieux dire. S'il est permis à un profane d'exprimer son admiration pour les conquêtes sociales dont s'enorgueillit à juste titre le mouvement syndical, peut-être lui accordera-t-on de penser que l'amélioration du sort de l'ouvrier ne conduira qu'à d'amères déceptions si elle ne débouche que sur le vide spirituel et la plate satisfaction d'appétits matériels.

Il faut se réjouir de voir les heures de travail diminuer, la semaine anglaise s'implanter peu à peu dans nos mœurs et l'octroi des vacances payées se généraliser. Le rythme trépidant souvent imposé par la machine au travailleur moderne rend indispensable ces pauses roboratives. Et pourtant, mises à part quelques heures de sommeil supplémentaires, quel travailleur saurait consacrer au total farniente ses heures de loisir? Tout homme normalement constitué sait que ce n'est pas l'inaction qui repose, mais un changement d'activité.

Donc, c'est un fait établi, le travailleur qui dispose de loisirs accrus cherche à les meubler d'occupations diverses. Et c'est là qu'intervient la grande question qui devrait nous préoccuper: saurait-il le faire intelligemment? A notre époque d'extraordinaire fer-