

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1968)
Heft: 98

Artikel: La seconde paille et le pilier
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1008326>

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: 13.05.2025

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

Quand les médecins administrent eux-mêmes la preuve des lacunes et des méfaits de notre sécurité médico-sociale et font parler la vérité des coûts...

Aux éditions Hans Huber, à Berne, une étude sur la sécurité médico-sociale en Suisse, que signent deux économistes, Pierre Gygi et Peter Tschopp. C'est un travail précieux, à double titre.

Tout d'abord, il a été inspiré et commandité par un groupe de médecins. C'est en novembre 1966 qu'ils prirent cette initiative : ils étaient conscients de l'adaptation de notre loi sur l'assurance-maladie (LAMA), qu'avait soulignée plutôt que corrigée la dernière révision; ils étaient irrités d'exercer un métier dont les incidences économiques et sociales sont si lourdes, sans qu'ils sachent, faute de statistiques, ce que coûte à l'échelle nationale les services et les soins médicaux; ils décidèrent donc d'y voir clair et créèrent, sous l'impulsion du docteur Della Santa, à Genève, le Centre de recherches sur la sécurité médico-sociale; ils engagèrent deux économistes et les mirent à l'ouvrage sur le sujet donné.

Il s'agit donc d'un travail spontané où l'on voit des particuliers obligés, c'est très « phénomène suisse », de suppléer aux défauts de la statistique nationale; cette recherche part de Suisse romande comme l'étude du Mouvement populaire des familles dont sont rejointes, par des voies toutes différentes, les principales conclusions; et surtout, cette étude révèle que des médecins acceptent d'entrer en matière sur le problème de la sécurité sociale.

Cet ouvrage est remarquable encore par l'absence de toute phraséologie sur le libre exercice de la profession médicale où se mêle si souvent aux règles de la déontologie la défense plus terre à terre de la profession. Les médecins qui ont financé cette étude tiennent à cette liberté autant que d'autres; mais ils n'en parlent pas, ils font simplement une application, une démonstration pratique de leurs principes; ils laissèrent aux économistes mandatés toute latitude pour rassembler la documentation et la commenter, faisant ainsi la preuve que la liberté intellectuelle, telle qu'ils la conçoivent, n'est pas exclusivement à usage corporatif.

Mais, outre son origine, ce travail est riche en renseignements; il permet de poser le problème sur le terrain des faits. Dans le cadre de cet article, nous allons donc l'exploiter.

Les assurances-maladie boiteuses masquent la réalité

Le coût des biens et des services de santé en 1965 : 2,3 milliards

Quelle dépense globale représente l'ensemble du marché suisse des biens et services de santé ? Pour l'année 1965, MM. Gygi et Tschopp l'évaluent à 2,3 milliards, somme qui est l'addition des dépenses du secteur hospitalier (1266 millions), des traitements ambulatoires (620 millions) et des produits pharmaceutiques, non compris ceux qui sont consommés dans le secteur hospitalier (415 millions).

Ce chiffre, tout d'abord, confirme ce que nous écrivions il y a cinq ans déjà : les pays à haut niveau de

vie, fortement industrialisés, consacrent à la santé un pourcentage approximativement égal de leur revenu national; il oscille entre 4 et 5 %. En 1965, le revenu national suisse était de 50,1 milliards. Le 4,6 % fut donc consacré aux soins d'ordre médical; nous sommes dans les normes. L'existence d'un rapport constant (revenu national/coût de la santé) appelle deux remarques :

- ce rapport va se modifier, insensiblement; déjà les Etats-Unis dépassent 5 %; mais un jour, les forces médicales restreintes et les ressources financières non inépuisables des nations exigeront qu'une nouvelle éthique médicale limite la consommation (greffera-t-on un nouveau cœur sur un corps de vieillard de quatre-vingts ans ?)

- même si les chiffres des divers pays européens concordent, reste le problème de la qualité de la médecine. De plus en plus, il s'agira de savoir quelle efficacité est obtenue à partir d'une somme globale nationalement donnée.

Mais une fois ces remarques faites, il faut insister sur une première conclusion. Les dépenses consacrées à la santé sont inéluctables. Dans un pays riche, on ne saurait laisser quelqu'un privé de soins; et inévitablement on doit offrir la médecine du dernier niveau technique atteint. La dépense globale est donc le produit des soins par le nombre de malades. Poser cette multiplication, ce n'est pas énoncer une lapalissade; c'est souligner que, pour des raisons éthiques, aucun des deux facteurs n'est modifiable; on n'échappe pas au produit : tous les malades X soins les meilleurs. Dès lors, si le coût est constant, il est naturel et légitime d'en étudier le financement global.

Et l'on peut poser cette question simple : quelle est la manière la plus efficace et la plus juste de réunir la somme totale nécessaire ?

Prédominance du secteur hospitalier : 55 % de la dépense globale

Les dépenses les plus lourdes sont celles du secteur hospitalier; 1,2 milliards (chiffres de 1965); c'est largement plus de la moitié du tout.

Ce chiffre peut être éclairé de plusieurs manières. La répartition du corps médical confirme le poids du secteur hospitalier. En 1966, on comptait 8857 médecins. Pour l'essentiel, ils se divisent en deux groupes : 5200, à leur compte (à remarquer, en passant que les spécialistes F.M.H. sont plus nombreux que les omnipraticiens dans la proportion de trois contre deux) et 2600 sont des médecins d'hôpitaux. Par conséquent, dès maintenant, un médecin sur trois n'exerce pas de manière indépendante.

Cette tendance s'accroîtra. En se référant à l'évolution des frais par secteur, on constate que de 1949 à 1965 les frais médicaux (médecine ambulatoire) ont passé de 100 à 166, mais les frais hospitaliers de 100 à 251. Les statistiques internationales soulignent la même évolution, qu'expliquent notamment les progrès étonnants de la chirurgie.

MM. Gygi et Tschopp ont, à juste titre, considéré les investissements consacrés aux hôpitaux comme des

dépenses ordinaires d'exploitation. Car ces investissements vont s'échelonner tout au long des années, avec une régularité qui ne permettra plus de les considérer comme des dépenses uniques, mais qui exigera qu'on les assimile aux dépenses ordinaires.

Il y a donc, dans le marché des biens et services médicaux, un fait fondamental : la prépondérance, en coût, du secteur hospitalier. Ce fait est ignoré ou caché dans une sorte de complicité où l'on retrouve, curieusement unis, les médecins, les caisses et les collectivités.

Or cette méconnaissance ou cette dissimulation des faits provoque dans notre système d'assurance des inadaptations qui deviennent, aujourd'hui, intolérables. Examinons-les du point de vue des pouvoirs publics et du point de vue des caisses.

Plus du 50 % de la médecine hospitalière est gratuite

On compte, en Suisse, 70 000 lits d'hôpitaux. Les Cantons et les Communes en mettent à disposition 50 000, les institutions d'utilité publique 10 000; seuls 8000 sont fournis par des cliniques privées. Le secteur hospitalier est donc très largement collectivisé. Dès lors, la hausse des frais hospitaliers est reportée de plus en plus sur les pouvoirs publics qui n'osent faire payer le prix juste. En 1965, le déficit d'exploitation des hôpitaux atteignait 433 millions, les investissements 240 millions. Le tout fut pris en charge; mais cela ne suffisait pas encore. Les caisses-maladie, fortement soutenues politiquement, n'ont pas eu de peine à démontrer qu'elles ne pourraient supporter des prix d'hôpitaux approchant, même de loin, du prix réel. Elles obtinrent donc des tarifs forfaitaires, des réductions spéciales (55 % en moyenne suisse) beaucoup plus fortes que la caisse nationale en cas d'accidents ou l'assurance invalidité (35 % de réduction).

Ainsi, on est frappé de constater qu'elles ne supportent que le 13,3 % des frais du secteur hospitalier, bien qu'elles soient de surcroît assez fortement subventionnées par la Confédération. Plus du 50 % de la médecine hospitalière repose dès maintenant sur la gratuité.

Conséquences : inégalités entre cantons et distorsion fiscale

Les conséquences sont lourdes :

- Endettement accusé des Cantons et des Communes. On peut très légitimement souhaiter financer par le moyen du budget public les établissements hospitaliers, mais à la condition que Cantons et Communes disposent d'un instrument fiscal adéquat. On sait que ce n'est pas le cas. Ils ne sont donc pas armés pour mener une politique sociale efficace.

- Les établissements hospitaliers sont très inégalement répartis entre les Cantons. On ne compte que cinq hôpitaux universitaires. Valais ou Zoug ne disposent pas d'un hôpital cantonal. Aussi les dépenses cantonales et communales en faveur de

La seconde paille et le pilier

Parmi les échos suscités par notre dernier éditorial sur l'absence de sécurité sociale en Suisse, nous en avons relevé deux :

Dans « Communauté », organe du parti indépendant chrétien social genevois, le rédacteur responsable nous reproche de ne pas avoir cité l'initiative populaire des syndicats chrétiens qui préconise non seulement l'augmentation des rentes AVS, mais la géné-

ralisation par voie légale des caisses d'entreprises. Nous n'avons pas parlé de cette initiative, pas plus que du projet du Conseil fédéral, parce que notre propos était autre : décrire la situation présente. Il n'y avait donc pas d'omission volontaire. Mais nous voulons bien nous prononcer sur le sujet :

- il faut, prioritairement, faire de l'AVS une véritable assurance de base, garantissant au moins le mini-

mum vital, calculé d'après le coût de la vie dans les régions urbaines, mais valable sans abattements de zones pour l'ensemble du pays. Avec 200 francs par mois pour une personne seule dès 1969, nous n'y serons pas encore.

- la généralisation des caisses professionnelles serait une chose excellente. Mais à deux conditions : il faut s'assurer qu'elles versent des rentes qui

l'hygiène publique dont le 50 % est représenté par la prise en charge des hôpitaux varient de manière extraordinaire. Schwyz consacre 20 fr. par tête d'habitant, mais Bâle-Ville 423 fr. Zoug, 103 fr. alors qu'il compte au nombre des cantons riches, quand Saint-Gall, moins bien pourvu, y va de 158 francs.

Il ne serait pas choquant que les efforts soient inégaux si chaque canton payait sa juste part, mais dans un système flou qui ignore la vérité du prix de revient les disparités intercantoniales cachent des cantons profiteurs du système hospitalier des autres.

Caisses subventionnées, mais faibles

On pourrait penser que si les Cantons y perdent, les caisses-maladie y gagnent. Mais tel n'est pas le cas. Personne n'y gagne, car le système est faux. Voyons pourquoi !

On sait que les caisses-maladie sont loin de couvrir l'ensemble de la population suisse. Elles ne touchent que le 80 % des résidents, de surcroît 500 000 personnes assurées ne touchent, en cas de maladie, qu'une simple indemnité journalière. Même si l'on est averti de ces lacunes, on découvre avec étonnement que les prestations des caisses ne couvrent que le 26 % du coût global des dépenses médicales. Certes, il est parfaitement légitime que les caisses n'assument pas la totalité de la consommation pharmaceutique, ni qu'elles prennent à leur charge n'importe quels honoraires, ou que d'autres institutions (assurance contre l'invalidité ou les accidents) interviennent à leurs côtés, nonobstant, leurs prestations sont notoirement insuffisantes pour créer une véritable sécurité sociale. En dépit de très grosses contributions publiques, beaucoup d'économiquement faibles échappent à la protection d'une assurance, et les Cantons n'osent les affilier d'office, parce que la dépense les effraie (voyez Vaud récemment !).

Personne donc ne peut être satisfait. Les Cantons et Communes supportent des charges lourdes et inégales. Les assurés sont mal protégés et certains pas du tout. Nous sommes typiquement dans un régime boiteux, où chacun contribue à camoufler la réalité :

- les médecins n'aiment pas reconnaître que le développement de la médecine hospitalière signifie la collectivisation à plus de 50 % de la médecine;
- les caisses n'aiment pas reconnaître leur inaptitude à résoudre la situation et prolongent le statu quo en obtenant des rabais et des subventions;
- les Cantons et Communes n'aiment pas refuser de faire, un peu, très mal et à grands frais, de la politique sociale.

La vérité des prix

Le seul remède, c'est le cas de le dire, et l'étude Gygi-Tschopp le démontre magnifiquement, c'est de revoir les bases mêmes du financement.

La somme qu'un peuple consacre aux soins médi-

caux est un pourcent de son revenu national. Il faut donc poser la question : comment trouver cette somme ? La réponse est naturelle : par un prélèvement, en pourcent, sur les revenus.

Ce principe de base n'est pas incompatible avec le libre exercice de la médecine, ni avec le fédéralisme. Le système actuel qui ignore la vérité des prix voit des médecins d'hôpitaux, assistants, maigrement payés; il voit les Cantons inégalement chargés, incapables de trouver les ressources fiscales, endettés, partiellement paralysés dans d'autres secteurs de leur développement.

La vérité des prix révélera que la médecine moderne est chère, que l'assurance-maladie actuelle suisse ne peut faire face à son coût, qu'il faut trouver une autre base de financement, et que la justice sociale consistera à offrir des soins égaux après avoir prélevé des contributions inégales, proportionnelles aux ressources et aux charges familiales des assujettis.

Tarif et pratique médicale

La morbidité augmente avec le revenu

Il est un renseignement de très grande valeur, dans l'étude Gygi-Tschopp. Il éclaire sous un jour nouveau la notion de morbidité.

Dans les milieux opposés à la généralisation des assurances, on aime à dire qu'elle accroîtra la consommation médicale. En soi, cette affirmation est discutable; l'augmentation de la consommation est due à de multiples facteurs (médecine hospitalière, multiplication des interventions chirurgicales, actes médicaux décidés par le médecin et non par le patient, etc...). Mais cette crainte à certains aspects déplorables; on va affirmer qu'ouvriers et employés seraient, une fois protégés contre les risques économiques, enclins à s'écouter, à se dorloter.

C'est ce préjugé, préjugé de classe, que réfute l'analyse des comptes de certaines caisses d'assurance. Voici comment :

On sait que les cotisations d'assurance sont réparties, conventionnellement, en deux positions. En dessous d'une certaine limite de revenus, vous êtes en classe I; au-dessus, en classe II. La différence tarifaire peut être, au maximum, de 35 %. La caisse d'assurance-maladie du Canton de Berne a utilisé, au maximum, cette possibilité. Or, la morbidité entre ces deux classes d'assurés n'est pas la même. La morbidité (ou du moins le recours aux soins médicaux) est plus élevée dans la classe aux revenus supérieurs, de manière nette, 12 à 15 %, selon un relevé incontestable, qui porte sur plusieurs années, au point qu'à Berne, malgré 35 % de différences dans les tarifs, c'est la classe aux revenus les plus faibles et aux cotisations basses qui subsidie l'autre ! Très jolie observation sur la nature des préjugés; mais elle prouve aussi le trompe-œil de la prétendue péréquation sociale dans le régime actuel; on la corrigera en prenant en considération non pas deux classes de revenus, mais toute la gamme.

Inégalité dans la pratique

Si l'on n'oublie pas que tous les médecins suisses sont formés dans cinq universités seulement, selon un plan d'études fixé par l'autorité fédérale, qui leur impose, en outre, d'identiques études gymnasiales, si l'on admet que la constitution physique des Suisses ne doit guère varier d'un bout à l'autre du pays, la pratique médicale révèle d'étranges variations. A Genève, un cas de maladie nécessite 3,3 prestations générales (consultation, visite) et 6,4 prestations spéciales (analyses, radio), mais à Glaris, c'est le contraire : 5,2 prestations générales contre 2,5 prestations spéciales.

Cet exemple montre combien il serait possible à l'aide de statistiques fines et poussées de lutter contre la surconsommation médicale, avec la collaboration des médecins eux-mêmes.

Mais la disparité dans la pratique médicale et dans les tarifs a pour effet immédiat de pénaliser certaines régions. Les caisses sont en effet subventionnées à partir d'une moyenne suisse. Dans les régions médicalement chères, elles sont perdantes.

Encore une preuve de la boiterie du système !

Double conclusion

Nous nous sommes limités, en ce qui concerne la pratique médicale, à deux cas : celui de la morbidité, celui de la diversité des prestations.

Mais ces deux exemples suffisent pour que nous puissions affirmer que de l'étude sur la sécurité médico-sociale suisse se dégagent deux conclusions.

- notre système actuel est dépassé parce que la conception du financement de l'assurance ne correspond plus à l'évolution de la médecine,
- une statistique médicale poussée permettrait de surveiller de très près les phénomènes de gaspillage et serait un instrument indispensable pour obtenir, à partir d'un coût national donné, une médecine de meilleure qualité et mieux organisée.

Dans tous les cas, le travail publié par les médecins du Centre de recherches sur la sécurité médico-sociale sera au cœur des discussions que va susciter la prochaine révision de l'assurance-maladie.

Annexe :

Pour la discussion de ce sujet, nous semblent particulièrement utiles, outre l'étude dont nous avons rendu compte :

- La brochure du Mouvement populaire des familles.
- L'étude du Dr Siegrist, administrateur de la Caisse-maladie publique du Canton de Bâle-Ville. Il préconise l'assurance fédérale garantissant avant tout les gros risques. Texte publié dans « La mutualité romande N° 4, avril 1968.
- L'ouvrage de vulgarisation de Pierre Grandjeat « La santé gratuite », aux éditions du Seuil, collection Société. Il apporte d'utiles comparaisons internationales, notamment françaises.

soient en rapport avec le dernier salaire reçu. La critique que l'on peut faire du « second pilier », ce n'est pas seulement que beaucoup y échappent, mais que les prestations de nombreuses caisses sont insuffisantes; deuxièmement, il faut que les capitaux de ces caisses, dans la proportion même où ils sont constitués par de l'épargne ouvrière (le 50 % en général) puissent être in-

vestis ou placés non par le patronat qui, heureux, y trouve une épargne forcée qu'il réinvestit dans ses propres entreprises, mais placés selon les décisions des syndicats du personnel.

La généralisation des caisses d'entreprises, c'est donc un long chapitre et tout ne tient pas dans un seul mot.

Quant à l'autre coupure de presse, elle vient du

« Fribourgeois » (14.9.). Ce journal s'en prend à l'article de M. Weber que nous utilisons : « Comment, s'écrit-il, oser critiquer ce second pilier « dont sept huitièmes des salariés bénéficient ! » (sic).

« Le Fribourgeois » soutient pourtant sur le plan fédéral le même parti que « Communauté », qui ne voit pas la contradiction; toujours la même histoire : la paille et le pilier.