

Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 60 (1968)
Heft: 5

Artikel: Vers une assurance-maladie efficace : exposé
Autor: Tissot, René
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-385489>

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: 04.05.2025

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

Vers une assurance-maladie efficace

Par le Dr René Tissot

Le problème de l'assurance-maladie est à l'ordre du jour. D'innombrables publications, articles et projets traitent de la revision nécessaire de la Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents. Le Comité directeur de l'USS a chargé une commission spéciale de l'étude approfondie de ce problème complexe. En attendant ses conclusions, nous versions au dossier cet exposé substantiel du professeur Tissot qui défendit au dernier congrès fédératif de la VPOD deux propositions de la très active et réjouissante Section médicale romande de cette organisation affiliée, qui compte déjà une cinquantaine de membres. Réd.

Droits aux soins

Sur un plan théorique, le droit aux soins n'est guère contesté. Chacun admet, dans ce pays relativement développé, que tout citoyen, lorsqu'il a le malheur d'être malade ou victime d'un accident, a le droit de bénéficier des soins les meilleurs que peut dispenser la médecine actuelle. Vous ne trouverez que rarement un interlocuteur pour soutenir en droit que le directeur d'usine doit bénéficier en matière de soins médicaux de privilège par rapport à son ouvrier. Au niveau de ces généralités et des vœux pieux le consensus est général. Mais la contestation est immédiate, dès qu'il s'agit d'envisager des mesures pratiques pour faire passer dans la réalité ce droit aux soins théoriquement admis. En fait, toute proposition d'organisation nouvelle de la profession médicale ou d'aménagement sérieux de l'assurance-maladie soulève une multitude de réserves qui peuvent être regroupées sous deux chapeaux:

- a) l'incidence financière d'une véritable sécurité sociale;
- b) la baisse de la qualité de la médecine que cette dernière entraînerait.

En ruinant le pays, nous dit-on, vous arriverez tout juste à promulguer le droit à des soins médiocres. Il ne serait ni habile, ni sage, de négliger ces arguments; ne serait-ce que parce qu'ils portent dans un pays où la prudence est élue au rang de vertu cardinale.

Un exemple étranger

On pourrait arguer des exemples étrangers et tout particulièrement de celui de la Sécurité sociale française même si comme toute institution humaine, elle n'est pas exempte d'imperfections. C'est vrai, la garantie d'un véritable droit aux soins est onéreuse. La cotisation de la branche assurances sociales de la Sécurité sociale française, dont la grande majorité des prestations est consacrée à l'assurance-maladie

est de 16% du salaire réparti entre employeur et salarié. Elle vient d'ailleurs d'être encore légèrement augmentée. Ne nous a-t-on pas charges sociales ruinerait l'économie française. Tout bien considéré, répété à satiété dans les années qui suivirent la guerre que de telles le retard qu'elle avait pris de 1914 à 1939, les destructions dues à la guerre, on peut se demander si cette économie asphyxiée par les charges sociales n'a pas progressé plus vite et mieux que la nôtre. Et nombre d'économistes seraient d'avis que la re-distribution de revenus qui s'effectue par l'intermédiaire de la sécurité sociale fut plutôt un moteur qu'un frein à cette progression. Le droit aux soins est onéreux, mais ce n'est ni un luxe, ni un investissement improductif.

Quant à l'influence du développement de la sécurité sociale sur la qualité de la médecine française, nulle contestation n'est possible sur ce point; elle fut et reste positive.

Situation suisse

Mais comparaison n'est pas toujours raison, revenons à la situation suisse. Si le droit aux soins n'est pas assuré dans ce pays, c'est bien sûr parce que les institutions adéquates n'existent pas, ou que partiellement, mais c'est d'abord parce que les ressources consacrées à l'assurance-maladie sont notoirement insuffisantes. En 1962, les cotisations à l'AVS se sont montées à 1004 millions de francs. Rappelons qu'elles représentent le 4% de la masse des revenus. En 1962 toujours, les ressources des caisses-maladie, cotisations, subsides fédéraux compris etc. n'ont pas dépassé 645 millions, ce qui constitue donc un peu plus de 2% de la masse des revenus. Tenir compte du fait que seuls 85% des citoyens suisses sont assurés ne modifie pas ce constat de carence. Le peuple suisse ne consacre que des sommes tout à fait insuffisantes à la couverture du risque maladie. Cette fragilité des bases financières de l'assurance maladie en Suisse est la principale cause des nombreux anachronismes et insuffisances de notre système. C'est parce qu'on n'y a pas touché que la revision de la LAMA ne fut qu'une réformette n'entraînant que des ajustements de détails. Et pourtant elle met déjà en danger l'équilibre financier de certaines caisses.

Faiblesses de l'assurance-maladie en Suisse

Rappelons les faiblesses de l'assurance-maladie en Suisse allant des moins graves aux plus graves.

1. Bien qu'aménagée plus favorablement lors de la dernière revision, la LAMA autorise encore des réserves, des délais d'attente et des conditions au libre passage. Elle prescrit pour la femme des cotisations supérieures à celles des hommes. Ce sont là des survivances d'un système où le risque maladie a encore une couverture individuelle et non collective. Elles n'ont plus de sens lorsque 80%

des citoyens sont assurés, si ce n'est pour décharger artificiellement le budget des caisses.

2. La notion de longue maladie n'est officialisée et partiellement définie que dans le cadre de l'assurance tuberculose. Elle devrait être étendue à d'autres affections chroniques qui entraînent des frais bien plus considérables que la tuberculose et dont les répercussions sociales et professionnelles sont tout aussi importantes, sinon plus.

3. Dans la LAMA, la grossesse, quelle que soit son évolution est assimilée à une maladie et donne droit aux mêmes prestations, ce qui nous paraît fort justifié pratiquement, sinon théoriquement. Mais il existe une clause spéciale qui empêche toute femme enceinte de s'assurer pour une grossesse ayant déjà débuté. Ceci équivaut à une réserve de neuf mois. Si l'on ajoute à cela que la loi sur le travail prescrit un congé de deux mois à l'époque de l'accouchement, mais ne prévoit rien pour la perte de salaire qui en résulte, on imagine dans quelle situation difficile peuvent se trouver certaines mères.

4. Notre système d'assurance-maladie est particulièrement déficient en ce qui concerne les pertes de gain et de salaire. Rappelons que la LAMA prescrit pour les caisses qui assurent une indemnité journalière pour perte de gain une somme minimum de deux francs par jour. Il s'agit là d'une clause de style. Cet aspect de l'assurance-maladie n'a fait que se dégrader au cours des années. En 1915, les indemnités journalières représentaient 63% des dépenses des caisses, en 1950 25% et en 1964 23%. En fait, en dehors des entreprises et des administrations où la compensation pour perte de gain est prévue par contrat collectif ou par un statut de personnel, celle-ci n'est pas assurée.

5. En Suisse, l'assurance est individuelle. Autrement dit, le chef de famille, que sa femme et ses enfants bénéficient d'un revenu ou non, doit payer autant de cotisations que sa famille comprend de membres. Le célibataire à gros revenu paie environ cinq fois moins de cotisations que l'ouvrier à revenu modeste qui a trois enfants à charge et dont la femme reste au foyer. Comment, dans ces conditions, les ressources de l'assurance-maladie pourraient-elles être suffisantes sans charger démesurément les familles à revenu modeste.

6. Pour couronner le tout, l'assurance-maladie en Suisse ne couvre que très insuffisamment le risque qu'elle prétend assurer. Nous l'avons dit, elle n'assure pratiquement pas la perte de gain en cas de maladie et elle assure mal les soins pharmaceutiques et médicaux. Toutes les prescriptions médicamenteuses utiles ne sont pas couvertes et les actes médicaux sont mal honorés. Dans sa forme actuelle, il faut avoir le courage de le dire, l'assurance-maladie donne une fausse sécurité aux assurés et fait courir de sérieux risques à la profession médicale.

Danger pour la médecine

Dans l'ensemble, le revenu et les conditions de travail des médecins indépendants se dégradent. Si ce n'est pas vrai pour tous, ça l'est pour la majorité d'entre eux et en particulier pour le médecin de famille qui reste le pilier d'une médecine saine. Depuis quarante ans, ses revenus ont diminué par rapport à ceux du reste de la population. Actuellement, il ne les maintient que par un surcroît de travail démesuré qui, à la longue, ne peut que nuire à sa qualification professionnelle. L'auteur de ces lignes peut insister sur ce fait d'autant plus librement qu'il ne plaide pas sa propre cause, étant lui-même médecin hospitalier salarié. Tous les syndicalistes savent que dans n'importe quelle profession la diminution des rémunérations entraîne à la longue un affaiblissement de la qualification professionnelle de ses membres. L'état actuel de l'assurance-maladie en Suisse fait réellement peser cette menace sur la médecine. Ceci d'autant plus que la tarification des actes médicaux est aberrante. Pressées par le besoin de faire des économies, les sociétés d'assurances exercent une pression constante sur les actes médicaux dont l'appréciation objective est difficile. De plus en plus, les actes médicaux nobles sont pénalisés au profit des actes techniques, certes nécessaires, mais qui n'ont d'efficacité réelle qu'en fonction des premiers. Prendre le temps d'écouter son malade, l'examiner soigneusement, réfléchir à ce qu'il a observé pour demander tous les examens complémentaires nécessaires, mais seuls ceux qui sont nécessaires, pour établir un diagnostic et une thérapeutique adéquate deviennent dans le système actuel un luxe que le médecin ne peut plus s'offrir pour tous ses malades. Par contre, passé quelques complications administratives, les examens complémentaires (radiographie, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, examens de laboratoire, etc.) sont des ressources de revenu non négligeables. Or, s'il est facile de prescrire un examen complémentaire, il est difficile de choisir celui qui donnera la clé du problème posé par l'examen clinique. C'est en définitive de ce dernier que les examens complémentaires tirent leur signification. Le système actuel encourage la multiplication des actes aux dépens de leur qualité.

Médecine de classes

La dernière revision de la LAMA, non seulement n'a pas corrigé cette distorsion de la tarification des actes médicaux, mais elle nous a engagés, sous la pression du Corps médical, sur une voie aberrante. Au lieu de différencier les cotisations en fonction du revenu et de la fortune de l'assuré, la nouvelle LAMA a légalisé une échelle de tarifs différentiels. De ce fait, les honoraires du médecin sont plus élevés lorsqu'il soigne un malade aisé, que lorsqu'il dispense ses soins à un malade de condition modeste. Pour pallier l'insuffisance des ressources

de l'assurance-maladie, on a édifié en quelque sorte une médecine de classe.

Assiette des cotisations

Au total, ces insuffisances et ces distorsions de notre système d'assurance-maladie nous font mettre le doigt sur le problème fondamental dont tout le reste découle : l'inadéquation de l'assiette des cotisations. Nous aurions pu arriver à la même conclusion par d'autres biais. Le développement de la médecine rend l'acte médical beaucoup plus complexe, il met à contribution des techniques de diagnostic toujours plus onéreuses, des thérapeutiques de plus en plus chères. Dans tous les pays du monde, le coût de l'assurance-maladie a augmenté rapidement. En Suisse, les dépenses des caisses ont passé de 246 millions en 1950 à 739 millions en 1964. Les petits aménagements combien insuffisants de la LAMA entraînent une augmentation de cotisations qui reste dérisoire pour les gros revenus, mais sont beaucoup trop lourdes pour les petits salaires. Au sein de ce système insuffisant, les positions des caisses-maladie et du corps médical se sont cristallisées dans un antagonisme grave qui n'est dépassé qu'à travers des conflits toujours renaissants dont les malades sont les principales victimes. Pour encourager l'assurance-maladie, certains cantons en sont venus à faire bénéficier les assurés d'un tarif forfaitaire d'hospitalisation qui n'a plus aucun rapport avec les prix de revient de la journée d'hôpital, même si l'on tient compte des charges d'enseignement des hôpitaux universitaires. Il en résulte que l'assuré, comme l'assureur, ont souvent avantage à avoir recours à l'hospitalisation plutôt qu'à un traitement ambulatoire. Mais arrêtons là cette énumération des faits qui rendent impérieuse la réforme de l'assiette des cotisations de l'assurance-maladie. C'est sur cette dernière que doivent porter avant tout nos efforts. Comment l'envisager ?

Il faut de toute évidence abandonner le principe de l'assurance individuelle pour passer à celui de l'assurance collective. En clair, cela signifie que ce ne sont pas les prestations de l'assurance qui doivent être différentielles selon les revenus de l'assuré, mais les cotisations. L'assurance-maladie ne couvrira réellement le risque maladie, n'aura pour ce faire des ressources suffisantes que si l'assiette des cotisations est en fonction des revenus de l'assuré. Le système le plus simple est celui réalisé par l'AVS, la proportionnalité intégrale, avec parité de cotisation entre salarié et employeur. D'autres systèmes sont possibles, participations non égales des employés et des employeurs, proportionnalité non intégrale. Dans les pays qui nous entourent, cette dernière est généralement limitée par un plafond de revenu. Cela peut être relativement satisfaisant si le plafond est élevé et mobile en fonction de l'indice des salaires.

Cette réforme fondamentale conditionne toutes les autres, ce qui ne veut pas dire que ces dernières soient négligeables. Mais elles ne

pourront être abordées valablement qu'à travers l'aménagement préalable de l'assiette des cotisations.

Centralisation et cotisation

La généralisation de l'assurance-maladie n'est pas le problème primordial que l'on croit trop souvent, 85 % des Suisses environ sont assurés, c'est bien l'amélioration de l'assurance qui est indispensable. Le principe de l'assurance individuelle et les conditions historiques du développement de la mutualité ont abouti à une prolifération inconsiderée des caisses. Il y en a largement plus de mille en Suisse. Faut-il envisager un système central unique ? Pas nécessairement ! La différenciation des cotisations en fonction des revenus étant édictée par voie législative, un système décentralisé resterait possible. La législation devrait cependant prévoir une grandeur minimum des caisses (nombre minimum d'assurés) de façon à faciliter les concentrations nécessaires. Dans cette optique, la fusion de toutes les caisses-maladie des fédérations de l'Union syndicale suisse serait un premier pas en avant. Sans aboutir à une centralisation totale, une concentration importante des caisses permettrait de simplifier les formules administratives et probablement aussi de diminuer légèrement les frais de gestion. Bon an, mal an, dans les caisses suisses, les frais d'administration varient entre 9 et 10 % des dépenses. Ceux de la Sécurité sociale française sont de 7 à 8 % et Dieu sait si l'on a prétendu qu'il s'agit là d'une administration pléthorique. La réforme de l'assiette des cotisations permettrait d'édicter des tarifs d'hospitalisation qui tiennent compte du prix réel de la journée d'hôpital, sans pour autant le surfaire, comme ce fut le cas en France par exemple. L'Etat pourrait alors consacrer plus de ressources à l'aménagement des facultés de médecine et à l'enseignement clinique qui, actuellement, ne forment qu'un nombre insuffisant de médecins. A Genève, par exemple, pour une augmentation de 60 % de la population, le nombre des médecins n'a augmenté que de 30 %. Pourquoi s'étonner dans ces conditions qu'il soit difficile d'obtenir un médecin à son chevet lorsqu'on en a besoin.

Mais dans l'esprit de certains, un prélèvement de cotisations de l'assurance-maladie calqué sur celui de l'AVS se confond avec une étatisation de la médecine. C'est typiquement une façon de peindre le diable sur la muraille. Encore une fois, ce système existe en France et n'a entraîné aucune étatisation de la médecine si l'on entend par là la création d'une énorme administration au budget de laquelle émargeraient tous les médecins. Dans certaines conditions de sous-développement, l'étatisation était et reste probablement indispensable. C'était certainement le cas après la révolution d'octobre en URSS. C'est la seule voie possible pour un pays comme le Mexique. Comment assurer les soins dans des villages d'indiens si ce n'est par

des médecins qui émargent directement au budget de l'Etat. Mais l'étatisation de la médecine dans un pays comme la Suisse est, à proprement parler, irréalisable. Personne, à ma connaissance, n'en veut d'ailleurs. Et même si il existait des forces suffisantes pour tenter de l'imposer, elles échoueraient à l'heure où même dans les pays communistes on revient de plus en plus à l'observation des lois du marché.

Il n'y aura pas d'étatisation de la médecine en Suisse. Ceux qui la craignent peuvent se rassurer, ceux qui l'appellent de leurs vœux, s'il en existe, doivent se résigner. Mais ne pas étatiser n'est pas synonyme de ne pas réformer.

Organisation de la profession médicale

L'organisation de la profession médicale qui date du XIX^e siècle est anachronique. Les réformes nécessaires sont inscrites aussi bien dans le développement des connaissances médicales elles-mêmes que dans celui de la sécurité sociale. La matière médicale est devenue trop considérable pour être dominée par des médecins isolés. L'étape actuelle est celle des spécialistes; elle ne peut pas être poussée beaucoup plus avant, sous peine d'aboutir à une fragmentation stérilisante des actes médicaux. L'avenir est à la médecine d'équipe. Elle est en voie de réalisation dans les hôpitaux. Elle devra s'étendre encore très largement au domaine extrahospitalier. Deux voies sont ouvertes. L'une traditionnelle passe par l'extension de la médecine service public type policlinique. L'autre réside dans la constitution de cabinets de groupes tout à fait indépendants de l'Etat. Gérés sous forme de coopératives, ils permettent de mettre en commun les investissements techniques nécessaires, les formations complémentaires de chacun de leurs membres, d'organiser une permanence médicale sans surcharger au-delà de ce qui est permis les horaires des associés. Cette formule a vu le jour à l'étranger et semble donner de bons résultats. Elle n'est probablement pas possible sans le soutien au départ de l'assurance-maladie bailleuse de fonds pour les premiers investissements. Mais en dépit du développement de la médecine publique extrahospitalière, de la médecine de groupe, le praticien indépendant restera toujours indispensable. Mais encore faudra-t-il qu'il lui soit fait des conditions de vie honorables. Certes, nos facultés de médecine forment trop peu de médecins; pourtant ce n'est pas la seule cause de la pénurie de médecins de famille, à la ville, comme à la campagne. Des horaires de travail défiant l'hygiène la plus élémentaire, une paperasserie écrasante, une solitude pesante jointe à l'impossibilité de trouver le temps nécessaire à une mise à jour des connaissances sont des conditions d'existence qui effraient le jeune médecin. Il préfère rester à l'hôpital, s'expatrier, ou s'installer comme spécialiste. Augmenter le nombre des praticiens, leur assurer une formation différente, mais au moins aussi

sérieuse que celle des spécialistes; leur donner la possibilité d'une formation permanente comprenant périodiquement des retours dans les services hospitaliers, leur assurer des revenus convenables, sans nécessité de travailler de huit à vingt-quatre heures, telles sont les conditions indispensables d'une médecine indépendante de qualité. Qui ne verrait qu'elles nécessitent des ressources importantes. Certains trouveront mon insistance lassante. Et pourtant, on ne saurait trop le rappeler, tout aménagement valable de l'organisation de la profession médicale et de l'assurance-maladie passe par le chemin obligé de l'augmentation des ressources de cette dernière. Et soulignons que dans ce pays, la revision de l'assiette des cotisations est probablement la seule voie possible. La fiscalisation, que l'on pourrait peut-être préférer pour des raisons théoriques, se heurterait probablement à des obstacles insurmontables.

A l'occasion de l'année des droits de l'homme

Une requête de l'USS au Conseil fédéral

Lors de sa séance de fin avril dernier, à Bâle, le Comité syndical a pris la décision de recommander au Conseil fédéral la ratification d'un certain nombre d'instruments internationaux en rapport direct avec les droits de l'homme. Les actes valent mieux que les discours. D'autant plus en l'occurrence, comme le rappelle judicieusement ce mémoire reproduit intégralement, que notre pays a le grand honneur et privilège d'héberger à Genève l'Organisation internationale du travail, qu'il est même aux origines de ces larges accords. Cela implique des devoirs, dont celui de revoir périodiquement le problème constant des ratifications. D'aucuns ne sont pas en peine d'échappatoires et de mauvaises excuses pour justifier les plus coupables indifférences. Ce n'est pas le cas des syndicats. Cela ne peut pas l'être du gouvernement.

Voici le texte intégral de ce mémoire :

L'assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU), par une décision unanime, a proclamé l'année 1968 « Année internationale des droits de l'homme ».

Un des premiers objectifs de cette année internationale est d'informer le grand public du contenu et de l'importance de la Déclaration universelle des droits de l'homme, dont on commémore cette année le 20^e anniversaire.

L'assemblée générale des Nations Unies a pris la précaution de présenter cette déclaration comme l'idéal commun à atteindre par tous