

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1977)
Heft: 425

Artikel: Nouveau projet d'assurance maladie : la quête du plus petit dénominateur commun
Autor: Gilliland, Pierre
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1018877>

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: 15.01.2026

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

Nouveau projet d'assurance maladie: la quête du plus petit dénominateur commun

Ne mâchons pas nos mots : le rapport de la commission pour une révision partielle de l'assurance maladie est un compromis laborieux, sans innovation et sans audace. Pas de place pour les vrais problèmes : on se contentera de gérer la pénurie. Avant d'entrer dans plus de détails, précisons cette impression d'ensemble sur le travail des commissaires. En fait, le projet tout entier porte la marque de l'époque à laquelle il a été conçu : les débats entrepris sous de mauvais auspices économiques se sont déroulés dans des conditions difficiles, sous la pression constante des partisans des « freins aux dépenses » et des amputations budgétaires.

D'où un manque de souffle flagrant : les propositions de rafistolage de la loi, assorties de quelques mesures d'assistance (rien à voir avec une optique de prévoyance !) traduisent les marchandages et les arrière-pensées contradictoires des membres de l'aréopage consulté. Le texte, en définitive, est la résultante d'une absence de « consensus » sur les options d'une politique de santé véritable, l'expression d'un manque de volonté d'aboutir. Et les aménagements retenus en fin de compte par les représentants d'intérêts ou d'associations maintiennent en pratique le « statu quo », garant de maints privilèges. En bref, le plus petit dénominateur commun imaginable !

Complexité des problèmes et tactique des mains libres

On ne contestera pas que la matière est ardue ! Et surtout la complexité des phénomènes, la variété des situations et des aspirations, la diversité des modalités d'intervention des cantons, l'enchevêtrement des circuits de financement, tout cela mêlé à la crainte d'innover, de coordonner et de remettre en cause certaines structures, rendent difficile toute approche synthétique (les thèses de l'Office fédéral des assurances, pour-

tant, formaient un ensemble cohérent qui aurait pu constituer une bonne base de travail).

On cède alors au trop fameux pragmatisme helvétique : on se préoccupe des instruments et des modalités d'application sans avoir identifié les réels « secteurs-problèmes », sans repenser les objectifs, sans chiffrer les mesures, sans évaluer l'efficacité des propositions... Ici, au lieu d'élaborer une politique de la santé, au lieu d'établir et de hiérarchiser les priorités, on s'engluie dans des discussions où règne le diktat budgétaire et où finalement chaque acteur du secteur de santé suit une « tactique des mains libres » pour mieux agir à son gré.

Economies ou transferts de charges

L'exemple de l'assurance maladie est à cet égard caricatural : les modalités de financement (et l'assurance elle-même) ne devraient être qu'un moyen ; ils deviennent une fin... tandis que les buts d'une politique sanitaire digne de ce nom ont disparu au grè des marchandages.

Il n'est pas du ressort d'une commission de révision (d'ailleurs partielle !) de l'assurance maladie d'élaborer une politique de la santé, objectera-t-on. Mais comment « réviser » valablement sans objectifs ? Ne reste à disposition qu'un seul fil conducteur, l'argent ! Sauf pour quelques personnes, aussitôt traitées de théoriciens ou d'utopistes, la santé de la population n'est plus l'objectif majeur : on navigue de crédits supplémentaires en limitation de budgets comme seuls points de repères. Reflétant ce climat général du coup par coup, les mesures préconisées par la commission ne forment qu'un puzzle de préoccupations sectorielles et monétaires à court terme. Et sans surprise on s'aperçoit, à tenter de reconstituer la mosaïque, que ce qui est présenté comme des économies n'est en réalité que des transferts de charges.

Dans cette logique de la santé publique en forme comptable de doit et avoir, dans ces débats marchands, où sont les consommateurs ? Au banc des accusés ! On cherche avant tout à les culpabiliser, en brandissant l'épouvantail de la surconsommation. Jusqu'au thème de l'explosion des coûts qui sert à brouiller les cartes... Car il faut savoir que dans le « système » actuel, c'est l'offre en équipements et en médecins qui favorise la propension à recourir aux services de santé ; la « demande » et les exigences de la population sont d'ailleurs conditionnées par les possibilités médico-techniques élevées au rang de mythes. Et comme par hasard, nulle trace, dans le texte qui nous intéresse, de remise en cause de l'engrenage de l'offre et de la demande. C'est que l'on toucherait là à la pierre d'angle du système social, la liberté du commerce et de l'industrie ! C'est pourtant sous le signe de ce principe que nous entrons graduellement dans l'ère de la santé-marchandise. Sortir de cette impasse qui conduit à transférer l'irresponsabilité du système sur les personnes, c'est d'abord tenir pour indispensable une action sur les structures et le fonctionnement, une réflexion sur d'autres modes de dispensation des soins. Mais en ce domaine, les tabous sont plus hauts que des murs.

On voit donc bien que, s'il a le mérite d'exister, s'il apporte quelques améliorations, le projet ne s'attaque pas au fondamental, ne modifie pas par exemple les facteurs qui engendrent la spirale des coûts. En simplifiant, on peut dire qu'il agit sur quelques symptômes, mais non sur les causes du phénomène.

Repenser les objectifs

Repenser les objectifs, c'est d'abord esquisser un constat. En Suisse, l'organisation de la santé publique pêche moins par son insuffisance *présente* que par l'enjeu partisan qu'elle incarne, par les risques de surmédicalisation et de commercialisation aiguë *pour l'avenir*. Et c'est dans ce champ de forces que s'affrontent groupes sociaux porteurs d'intérêts et institutions antagonistes. Et

à mesure que l'on repousse les « solutions » et les choix nécessaires, on les rend probablement plus difficiles, la santé continuant à n'être qu'un ensemble de mesures qui loin de s'autolimiter, s'autoalimentent !

Ce processus ne peut être rompu qu'en dissociant l'intérêt médical de l'intérêt financier, qu'en levant la confusion entre médecine et santé, la médecine n'étant qu'un moyen, même s'il est essentiel.

Aujourd'hui — manque de lucidité ? confusion entretenue ? — on en reste à une sorte de blocage (qui perpétue les inégalités... et les privilèges), au moins à un freinage des améliorations dans ce secteur de la politique sociale où les malades sont les principaux oubliés.

Si la Suisse reste un pays prospère, les difficultés économiques sont réelles. Il faut admettre que les institutions sociales sont intimement liées au

développement économique et au niveau culturel. Dans la pratique, reconnaître et vouloir satisfaire de façon équitable les droits et l'accès aux services médico-sociaux ne signifie pas qu'il faille renoncer à en mesurer les incidences financières : on doit tendre à la meilleure utilisation possible des ressources.

Posons donc que l'un des leviers pour l'avenir est la certitude de contraintes économiques croissantes ! Il s'agit dès lors, en priorité, non pas de diminuer les montants affectés à la santé publique, mais d'opérer une sélection de l'allocation des ressources et d'opérer des « glissements ». Dans cette perspective bien comprise, il ne suffit pas de proposer des adjonctions de « structures » nouvelles; il convient de réfléchir aux déplacements souhaitables des centres de gravité et des centres de frais.

Les arrosages d'aide financière sont désormais

moins décisifs que la réorganisation et la réorientation d'une politique générale de santé publique. Ce sera l'objet d'une réflexion prochaine dans ces colonnes.

Pierre Gilliard

ANNEXE

Des progrès minimes

Pour mémoire, passons en revue, sous forme de notes de lecture, les principales mesures préconisées par les experts !

— Indemnités journalières : le projet institue une assurance maladie obligatoire pour tous les salariés. Un évident progrès... auquel personne ne s'opposait. Simple ratification de ce qui aurait dû exister depuis longtemps. C'est cependant un point essentiel du projet...

● SUITE ET FIN AU VERSO

La preuve de l'iniquité des charges de l'assurance

Parmi les améliorations apportées au système par le projet, notons qu'un effort est consenti en faveur des assurés à ressources modestes, des gens âgés et des familles. Mais si peu ! Et il y avait tant à faire. Voyons cela de plus près (pour les amateurs, voir le tableau 5 de l'annexe du rapport) !

Soit la « charge individuelle »¹ annuelle prévisible pour 1980, exprimée en % du revenu. Le choix des revenus de référence : 15 000, 20 000, 30 000, 50 000 et 80 000 francs.

— Une seule personne jouissant d'un revenu de fr. 15 000 devrait payer environ 4 % de son revenu pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. La charge pour une famille de deux enfants serait de 12 %, et de 16 % pour une

famille de quatre enfants. Un rapport de 1 à 4 ! Inique !

— Une personne seule, jouissant d'un revenu de fr. 80 000 ne paierait que 0,75 % de son revenu pour financer l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Pour une famille de quatre enfants, dans les mêmes zones de revenus, la charge serait de 3 % du revenu total. Comme pour la catégorie des salaires de fr. 15 000, le rapport entre une famille de quatre enfants et une personne seule est de 4 à 1 !

Magnifique démonstration : dans cette Suisse dont la devise est un pour tous, tous pour un, on prévoit de prélever, s'il y a quatre enfants, pour les mêmes prestations individuelles, 16 % d'un revenu très modeste et 3 % d'un revenu élevé, 4 % et 0,75 % si l'assuré vit seul...

On note quelques améliorations si les thèses des experts entrent complètement dans la pratique. Ainsi, avec un revenu de fr. 15 000, une personne seule aurait à payer 2,5 % de son revenu pour l'assurance des soins médico-pharmaceutiques; une famille de deux enfants ou plus, 7,5 %. Le

rapport reste néanmoins de 1 à 3 ! Malgré la diminution de près de moitié des cotisations (cotisations individuelles et perception sur le salaire inclus), la famille reste fortement pénalisée.

Pour un revenu de fr. 80 000, la part passe à 1,25 % pour une personne seule, et à 2,5 % pour une famille de deux enfants ou plus...

Le rapport entre bas et hauts revenus demeure donc de 1 à 3 environ dans les propositions des experts !

C'est mieux que rien ? Bien sûr. Mais on peut voir là la démonstration que le fil conducteur du projet a été non pas la satisfaction de besoins, non pas la justice sociale, non pas l'harmonisation entre les discours natalistes et les moyens de cette politique-là, mais tout bonnement l'argent.

Et si l'on « prend » un peu plus aux privilégiés (encore s'agira-t-il que cela soit le cas : le projet est loin d'être accepté !), l'hypocrisie sociale demeure.

L'assurance sociale authentifie implicitement l'inégalité des citoyens. Choquant !

¹ Cette expression, utilisée par les experts, part du pré-supposé, commun en Suisse, de la mère stéréotype restant au foyer; en fait il s'agit d'une charge familiale !