Zeitschrift: Aînés : mensuel pour une retraite plus heureuse

Herausgeber: Aînés

Band: 11 (1981)

Heft: 10

Rubrik: Les assurances sociales : assurance maladie : que pourrait-on faire pour que les cotisations se maintiennent à un niveau acceptable?

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: 14.01.2026

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

Les assurances sociales

Guy Métrailler

Assurance maladie:

que pourrait-on faire pour que les cotisations se maintiennent à un niveau acceptable?

La presse écrite et parlée a largement commenté une interview accordée à la télévision suisse alémanique par M. Félix von Schroeder, président du Concordat des caisses maladie, au sujet des futures cotisations de l'assurance maladie. Il a été fait mention d'une augmentation de ces cotisations de 20 à 30% pour tenir compte de la progression des dépenses (en 1980, les caisses maladie ont dû supporter une augmentation d'environ 10% des coûts) et d'une autre augmentation de même importance pour faire face aux conséquences de la révision de la loi sur l'assurance maladie. Cela est inquiétant, surtout pour les familles modestes. Alors, qui est responsable de cette situation?

Selon le camp dans lequel on se trouve, on a tendance à «faire porter le chapeau» à ceux qui se trouvent dans l'autre camp. Mais, en y regardant de plus près, il semble que toutes les parties intéressées pourraient faire quelque chose pour que l'accroissement du coût de la santé soit plus modéré à l'avenir et que, par conséquent, on évite de devoir payer des cotisations dont le montant double tous les trois ou cinq ans.

L'assuré

Certains assurés qui ont la chance d'être en bonne santé ou qui ne font que raisonnablement appel au médecin ou au pharmacien lorsqu'ils ont un petit «bobo» s'étonnent que leurs cotisations soient augmentées dans la même proportion que celles des assurés qui sont de gros «consommateurs» de prestations médicales. Cela s'explique par le fait que, contrairement aux compagnies privées qui pratiquent, par exemple dans l'assurance RC, le système du bonus/malus, les caisses maladie appliquent le principe de la mutualité. Selon ce principe, un groupe de personnes répartissent entre elles les risques qui peuvent se réaliser. La cotisation est fonction du degré de couverture (division commune ou clinique) mais pas du risque encouru (puisque la caisse ne connaît pas d'avance la fréquence des cas de maladie de chaque assuré). En d'autres termes, les cotisations versées par les assurés en bonne santé permettent de subvenir aux besoins des assurés malades. Ce beau principe est tout à l'honneur de notre sécurité sociale, mais pour qu'il soit valable, il faut que les assurés se montrent raisonnables, qu'ils se sentent solidaires les uns des autres. Ceux qui pensent que puisque tout est payé (ou presque), il faut en profiter largement, ceux qui se disent que, payant une cotisation de Fr. 50.—, il faut au moins qu'ils en aient pour cette somme, voire plus, font un mauvais calcul, car leur comportement aura pour effet, à une date assez rapprochée, une augmentation des cotisations qui entraînera pour eux des frais plus élevés que s'ils avaient peut-être, à l'occasion, payé un tube de pommade de leur poche, soigné leur rhume ou leur bouton sur le nez de façon économique ou évité de faire passer une partie de leurs vacances sur le compte de leur caisse maladie sous la dénomination de cure de bains. A ce sujet, il est parfois étonnant qu'un assuré, qui avait absolument besoin d'une cure parce qu'il était perclus de rhumatismes, rentre en janvier de la station balnéaire avec un magnifique plâtre, parce qu'il s'est cassé la jambe sur les champs de ski! Certains autres se font prescrire une cure pour pouvoir accompagner leur conjoint qui lui en a vraiment besoin.

Il est aussi parfois surprenant de constater que l'ordonnance du médecin, destinée à la pharmacie, comporte déjà, au bas de la première page, la signature du médecin et la date et qu'on y trouve ensuite une petite mention «voir au dos», le verso de la formule portant toute une série d'articles que le malade a demandé au médecin de lui prescrire, juste avant de quitter son cabinet, pour compléter sa pharmacie de ménage.

Enfin, il y a encore ceux qui ne mesurent la compétence du médecin qu'en fonction de la longueur de l'ordonnance ou du nombre des analyses et radios exigées.

Le médecin ne devrait-il pas parfois être plus restrictif dans la délivrance de demandes de cures ou d'attestations de périodes d'incapacité de gain donnant lieu au paiement d'indemnités journalières?

Ne devrait-il pas appliquer plus à la lettre les dispositions de l'article 23 de la loi fédérale sur l'assurance maladie relatives au traitement économique en choisissant systématiquement l'emballage de médicaments le plus petit, lorsqu'il n'est pas encore sûr que ce médicament aura l'effet escompté ou en choisissant entre deux médicaments ayant le même effet celui qui est vendu le moins cher?

Est-il toujours nécessaire, en cas de changement de médecin traitant ou en cas d'hospitalisation, de refaire toutes les analyses et les radiographies effectuées quelque temps auparavant par un confrère? Le médecin-conseil de la caisse a-t-il toujours le courage nécessaire pour intervenir auprès d'un de ses confrères lorsqu'il lui paraît qu'une presciption est trop dispendieuse?

Le pharmacien ne devrait-il pas parfois, lorsque le médecin a prescrit plusieurs emballages d'un même médicament, n'en délivrer qu'un à la fois à l'assuré afin d'éviter de les facturer tous à la caisse alors que certains d'entre eux seront jetés parce que l'assuré n'a pas eu à les consommer?

Certains **hôpitaux** ne sont-ils pas surdimensionnés ou suréquipés? Est-il nécessaire que, lorsqu'il y a deux hôpitaux dans une même ville ou à une faible distance l'un de l'autre, chacun bénéficie des derniers équipements techniques? Est-il nécessaire et justifié économiquement que sur une distance de 60 kilomètres, on trouve quatre centres de chirurgie cardiaque?

L'Etat ne pourrait-il pas trouver une solution à ses problèmes financiers qui n'impliquerait pas la diminution des subsides aux caisses, entraînant une augmentation des cotisations? Ne pourrait-on pas légiférer de façon à ce que la protection tarifaire soit accordée également dans les cliniques? Les soins à domicile ne pourraient-ils pas être encouragés de façon à ce que les caisses dépensent moins que pour la prise en charge des frais d'hospitalisation et que les assurés puissent être maintenus dans leur cadre familial?
Avec le fort accroissement, dans les années à venir, du nombre des médecins, doit-on continuer à laisser chaque médecin qui s'installe, même à proximité d'un hôpital, avoir son propre laboratoire d'analyses et son équipement radiographique, équipements qu'il va falloir amortir en facturant des prescriptions?

Les **caisses** procèdent-elles à tous les contrôles nécessaires pour éviter les abus aussi bien des dispensateurs que des bénéficiaires de soins? Sont-elles toutes assez attentives à maintenir leurs frais généraux au niveau le plus bas possible?

Les questions qui précèdent ne constituent pas un inventaire exhaustif des causes du coût actuel de la santé. Il ne s'agit pas du tout non plus d'accuser l'une ou l'autre des parties précitées de porter l'entière responsabilité de la situation actuelle, mais plutôt de sensibiliser tout le monde à ce phénomène et d'inciter chacune d'entre elles à faire sa part pour que cela change. Car, à moins d'un miracle, le frein à l'accroissement du coût de la santé ne dépendra-t-il pas essentiellement, à l'avenir, de la modération de la demande des bénéficiaires de soins et de l'examen plus critique, par les dispensateurs et l'Etat de la façon d'y donner suite?

G. M.

Les lunettes

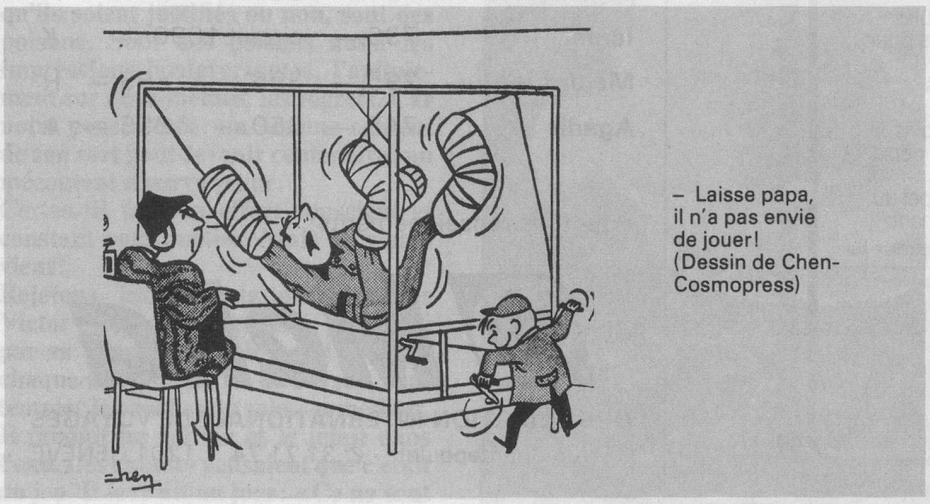
Sept siècles d'histoire

Il faut remonter à l'an 1305 pour trouver la première mention historique de lunettes. Dans les notes qu'il avait préparées pour un sermon, un prêtre de Pise, le Père Giardini di Rivalto, faisait allusion à l'invention des lunettes. Au 13e siècle déjà, des moines avaient confectionné ce qu'ils appelaient des pierres à lire à partir de cristal de roche ou de quartz. Ils les posaient sur le texte et les utilisaient comme loupes grossissantes. Plus tard, on préféra le béryl, un minéral aux cristaux transparents. C'est d'ailleurs du mot «béryl» que dérivent le verbe français «briller» et le mot «besicles», de même que le mot allemand «Brille» (qui signifie lunettes).
Vers l'an 1300, le béryl fut remplacé par le verre. Les verriers de Murano, au large de Venise, étaient connus pour leurs lunettes, qu'ils fabriquaient déjà en série. Il ne s'agissait plus de les poser sur le texte à déchiffrer, mais de les tenir près des yeux. Les lentilles de verre étaient montées dans du bois de chêne ou de la corne. Ces montures étaient rivées par paires et munies d'un manche.

Un problème: libérer les mains
Au 16e siècle, ces lunettes à rivet ont cédé la place aux lunettes à pont, dont la monture était d'une seule pièce. On les fabriquait principalement en fer, en argent, en bronze ou en cuir. Il en existait une variante, les lunettes à fente, dont le pont était souple et garni de cuir, ce qui assurait une certaine adhérence et améliorait la tenue des lunettes sur le nez. Ce type de lunettes s'est perpétué pendant près de 400 ans.
On a déployé beaucoup d'ingéniosité pour trouver une solution permettant de libérer les mains du porteur de lunettes. On a, par exemple, attaché les lunettes à son bonnet ou son chapeau; on a imaginé un bandeau frontal métallique, muni d'une articulation pour régler la position des verres. De là sont nées les lunettes pliantes.
Dès le 16e siècle, on connaissait les lunettes à cordon, dont la monture comportait un œillet. On y attachait un cordon qui faisait le tour de la tête, par dessus les oreilles, pour maintenir les lunettes en place. En Chine, on mettait même un poids à l'extrémité du cordon.

Premières montures à branches
La forme actuelle des lunettes n'a qu'un peu plus de 200 ans. Elle est due à l'opticien parisien Marc Thomin, qui réalisa, en 1746, l'idée de munir les côtés de la monture de branches maintenant les lunettes contre les tempes. Pour tenir compte de la mode des perruques, ces branches ne dépassaient pas les tempes, mais elles étaient pourvues d'anneaux qui en amélioraient l'assise. C'est vers la fin du 18e siècle que l'on vit apparaître les première branches allant jusque sur les oreilles: on avait trouvé la forme que nous connaissons aujourd'hui et qui s'est imposée au cours du 19e siècle.
Avec les progrès techniques — en particulier dans la taille des verres — les lunettes sont devenues toujours plus précises, plus légères et plus belles. On a créé des lunettes spéciales pour toutes sortes d'usages particuliers. Au 18e siècle déjà, l'homme d'Etat et physicien américain Benjamin Franklin avait inventé les verres à double foyer.

Les lentilles de contact
Jusqu'à la fin de la première moitié du 20e siècle, les lunettes ont régné sans concurrence... jusqu'au jour de 1945 où un brevet fut déposé, à Los Angeles, pour le premier petit verre de contact en matière synthétique. Son principe repose sur une idée du savant anglais Sir John Herschel, qui utilisa en 1827, pour la première fois, une coupelle de verre pour protéger la cornée.
En 1887, l'ophtalmologue zurichois A. E. Fick fit fabriquer des lentilles de contact en verre, qu'il appelait «lunettes de contact», pour corriger des défauts de la vue. On a continué à les utiliser, toujours en verre. Mais seules les lentilles de contact en plastique ont pu s'imposer réellement. Elles ont maintenant leur place à côté des lunettes conventionnelles.



– Laisse papa, il n'a pas envie de jouer! (Dessin de Chen-Cosmopress)