

Zeitschrift:	Mitteilungen / Vereinigung Schweizerischer Versicherungsmathematiker = Bulletin / Association des Actuaires Suisses = Bulletin / Association of Swiss Actuaries
Herausgeber:	Vereinigung Schweizerischer Versicherungsmathematiker
Band:	56 (1956)
Artikel:	Problèmes techniques soulevés par le projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents
Autor:	Robert, Jean-Paul
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-966829

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: 12.01.2026

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

B

Wissenschaftliche Mitteilungen

Problèmes techniques soulevés par le projet de révision de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents

Par *Jean-Paul Robert*, Berne

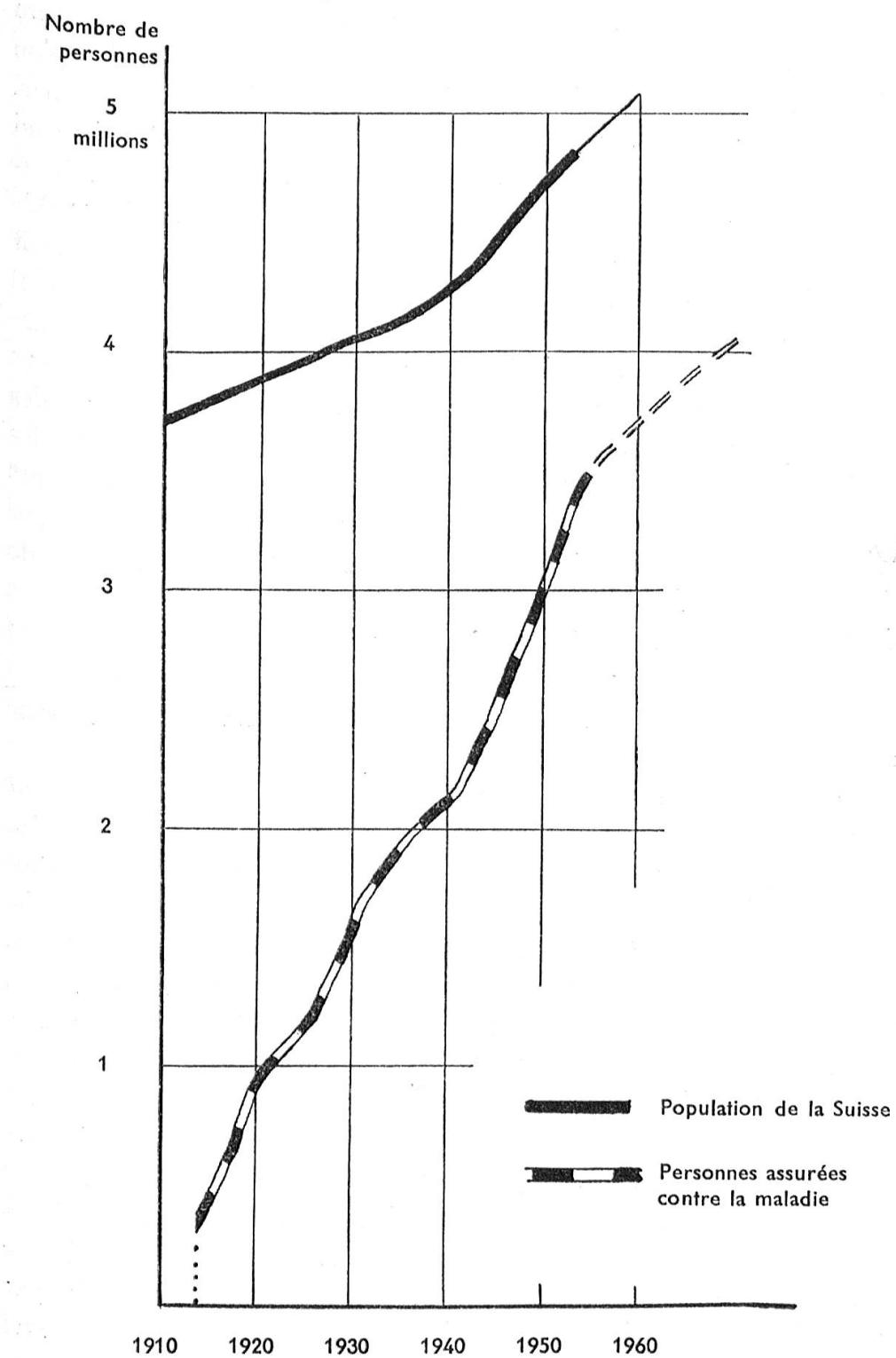
La loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents a plus de 40 ans. Elle s'est révélée judicieuse et efficace. Le problème des accidents professionnels a été résolu à la satisfaction des assurés. L'assurance en cas de maladie a pris, sous l'empire de cette loi, un essor considérable. De 360 000 en 1914, le nombre des assurés a passé à près de 3 400 000 en 1953, ce qui représente plus des $\frac{2}{3}$ de l'ensemble de la population suisse. Le graphique n° 1, tiré du rapport des experts dont il est question plus loin, renseigne à ce sujet. Ce développement extraordinaire des caisses-maladie a été puissamment stimulé par les subsides des pouvoirs publics. Le montant des contributions de la Confédération, des cantons et des communes a passé de 2 millions de francs en 1915 à plus de 40 millions de francs par année depuis 1951, soit un total en 40 ans d'environ 670 millions de francs.

Si la LAMA a fait ses preuves, il est cependant devenu nécessaire de la réviser sur certains points. L'avant-projet de loi, publié le 3 février 1954 avec le rapport de la commission fédérale des experts, fait actuellement l'objet d'une mise au net avant d'être soumis aux Chambres fédérales. Ses principales innovations peuvent être caractérisées comme il suit:

- L'extension des prestations d'assurance en cas de maladies graves offre aux intéressés une protection d'une grande valeur sociale.
- De nouvelles et très heureuses dispositions relatives au libre-passage donnent désormais le droit de changer de caisse en restant assuré pour les mêmes prestations.

- La loi projetée apporte une solution satisfaisante au problème délicat des relations entre les caisses et les médecins; il s'agit là d'un progrès considérable, dont il faut souhaiter la réalisation, même si quelques dispositions secondaires sont encore discutables.
- La grande nouveauté du projet, l'introduction de l'assurance-maternité, répond aux vœux d'une partie de la population. On ne saurait nier les avantages d'une telle assurance. En revanche, on a quelque peine à comprendre la préférence donnée par la commission des experts à une solution comportant l'affiliation obligatoire. Sur le plan technique, tout d'abord, l'obligation n'est pas une nécessité comme dans l'assurance vieillesse et survivants, dont chacun sera bénéficiaire un jour. On sait, d'autre part, que les femmes sont déjà particulièrement favorisées par les dispositions actuelles de la LAMA du fait que les primes de leurs assurances-maladie ne peuvent pas être supérieures à 125 % de celles des hommes, bien que les charges correspondantes s'élèvent jusqu'à 150 % dans l'assurance d'indemnité journalière et même jusqu'à 200 % dans l'assurance des frais de guérison. Par suite de cet avantage, on compte aujourd'hui six femmes pour cinq hommes dans les grandes «caisses centralisées». Il est inutile de souligner les conséquences financières d'un tel état de fait. L'assurance-maternité obligatoire entraînera automatiquement la couverture par les caisses d'un surcroît de risques féminins pour les cas de maladie et, de ce fait, une augmentation sensible de leur charges. Enfin, d'une manière générale, on doit admettre que la vitalité des caisses-maladie est due pour une bonne part à leur large autonomie. Le besoin d'indépendance, d'ailleurs traditionnel chez nous, a pour effet, dans les caisses-maladie, de stimuler le sens de la responsabilité et de l'économie et de réduire, ainsi que nous allons le voir, l'influence des facteurs subjectifs. Il serait dès lors fâcheux que cette autonomie soit menacée, si ce n'est même compromise, par l'introduction d'une assurance-maternité à caractère obligatoire.
- Pour en revenir aux innovations de la LAMA, je dois souligner l'importance des dispositions nouvelles et heureuses des articles 40 et 44 qui faciliteront pour les caisses la lutte contre les facteurs subjectifs et contribueront à réduire le nombre et la portée des petits sinistres ou cas-bagatelles.

N° 1. Population de la Suisse et assurés



Les risques subjectifs jouent un rôle considérable dans l'assurance-maladie, aussi convient-il d'approfondir un peu ce sujet. Il dépend très souvent de la volonté du malade, de sa famille, du médecin qu'on prolonge ou qu'on renchérisse les soins lorsqu'il existe une assurance. Cette tendance plus ou moins consciente ou volontaire – et qui prend parfois un caractère nettement abusif – entraîne des dépenses importantes, qui se traduisent par des primes plus chères pour l'ensemble des assurés. Cela est non seulement injuste à l'égard de ceux qui sont scrupuleux et bien portants, mais cela fausse réellement le jeu normal de l'assurance.

Le problème est en partie résolu lorsque les caisses ou les sections locales de celles-ci sont relativement petites et que les membres des comités et les commissaires connaissent personnellement tous les malades et peuvent les surveiller, même à leur insu. Cette lutte est naturellement renforcée lorsque les membres d'une société se sentent étroitement solidaires et s'imposent réciproquement une discipline de stricte économie. Le développement considérable des caisses – celles qui comptent plus de 10 000 membres groupaient déjà à fin 1953 le 70 % de l'ensemble des assurés – a, malheureusement, entraîné une certaine évolution de la mentalité. L'esprit de mutualité a tendance à s'atténuer.

Aussi devient-il toujours plus nécessaire que les caisses prennent des mesures pour délimiter d'une manière très précise les droits des assurés et pour freiner par des moyens techniques appropriés l'influence des risques subjectifs et des cas-bagatelles. Les nouvelles dispositions de la LAMA constituent dans ce sens un progrès certain. En effet, par l'article 40, alinéa 3, les caisses-maladie auront la faculté, sous certaines conditions, de conclure des assurances d'indemnité journalière avec longs délais d'attente. Relevons à ce propos que les rédacteurs du projet de loi ont introduit l'expression «délai de carence» pour traduire «Wartefrist», alors qu'il aurait été, semble-t-il, préférable de maintenir la formule devenue courante et d'ailleurs plus explicite de «délai d'attente». En effet, on éviterait des confusions en traduisant «Wartefrist» par «délai d'attente», «Karenzzeit» par «période de carence» et en réservant le mot «stage» – qu'on pourrait traduire par «Probezeit» – à la période pendant laquelle un apprenti ou un nouvel employé ne peut pas encore s'affilier à l'assurance collective de l'entreprise. On aurait ainsi un parallélisme de notions et d'expressions entre

l'assurance sociale et l'assurance privée sur la vie et contre la maladie. D'autre part, l'article 44, premier alinéa, offrira aux caisses-maladie la possibilité de mettre à la charge des assurés non seulement une quote-part proportionnelle des frais, mais encore — si elles le désirent — une participation fixe ou franchise (par exemple, les 10 premiers francs de chaque maladie) pour autant que l'ensemble des quotes-parts et franchises d'un groupe déterminé d'assurés ne dépasse pas, en moyenne, 25% des prestations statutaires.

Dans le cadre de la lutte contre les risques subjectifs, il convient de faire une place spéciale au rôle que joue le montant des prestations assurées comparativement au gain des intéressés, en particulier dans les assurances collectives. En période de chômage, employeurs et employés peuvent avoir le même intérêt à ce que l'assurance-maladie remplace en quelque sorte ou complète l'assurance contre le chômage. L'expérience prouve que cet intérêt est effectivement exploité. Ce risque subjectif se manifeste d'ailleurs déjà en temps normal lorsque les indemnités assurées sont très élevées en proportion du gain. Certains milieux, surtout en Suisse romande, croient, pour des raisons sociales, devoir favoriser la conclusion de contrats collectifs de travail prévoyant des indemnités en cas de maladie atteignant 80% des salaires. On a les preuves que cette solution favorise les abus d'une manière inquiétante. C'est aux techniciens d'expliquer et de tenter de redresser de telles erreurs. Il appartient aussi à l'Etat de prendre les mesures les plus propres à assurer une exploitation saine de l'assurance-maladie. La disposition contenue à l'article 41, alinéa premier, du projet de loi: «*L'assurance ne doit procurer aucun gain à l'assuré*» ne suffit pas nécessairement à donner une garantie adéquate à ce propos.

Sur un autre plan, l'article 39 du projet de loi prévoit des prestations plus étendues pour certaines maladies de longue durée, à l'instar de ce qui existe déjà pour l'assurance-tuberculose. Cette innovation, inspirée par un esprit d'humanité très louable, peut cependant avoir des répercussions fâcheuses. La tuberculose est une maladie contagieuse que, par salubrité publique, l'Etat se devait d'enrayer par tous les moyens à sa disposition, en particulier, en aidant financièrement les malades à se soigner dans de bonnes conditions. De telles exigences n'existent pas, d'une manière générale, et en tous cas pas au même degré, pour d'autres maladies. L'article 39 est d'ailleurs très vague. Le rapport des experts également. En effet, quelle sera la liste

de ces longues maladies ? Une lésion du cœur peut durer toute la vie et constituer pour l'intéressé une charge plus lourde que l'asthme, par exemple, dont il est fait mention. En second lieu, on risque d'imposer aux caisses des prestations qui s'apparentent davantage à l'invalidité qu'à la maladie. Enfin, les complications administratives s'accroîtront inévitablement si l'on introduit des statuts différents pour une série de maladies. Cela risque d'entraîner une augmentation du personnel rétribué et, par conséquent, des frais généraux. Il serait beaucoup plus simple et, en définitive, plus équitable du point de vue social, de traiter tous les malades et toutes les maladies de la même façon en étendant uniformément le droit aux prestations.

Sans aborder la question du financement proprement dit de l'assurance-maladie, je signalerai le fait que l'assurance d'indemnité journalière laisse normalement un bénéfice aux caisses, tandis que l'assurance des frais de guérison est généralement déficitaire. On se demande dès lors dans certains milieux s'il ne conviendrait pas de supprimer ou de réduire les subventions des pouvoirs publics attribués à l'assurance d'indemnité journalière et d'augmenter d'autant les sub-sides destinés aux combinaisons d'assurance qui sont plus onéreuses et qui, du point de vue social, présentent également de plus grands avantages, en général. Cette proposition concorde d'ailleurs avec l'esprit de la disposition nouvelle et judicieuse contenue à l'article 42, premier alinéa, du projet de loi: «*(Les) cotisations seront fixées séparément pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie et pour l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie, de façon que chacun de ces genres d'assurance se suffise à lui-même.*»

La constitution des réserves et la fixation du niveau général des primes est sans doute le problème technique le plus important soulevé par la révision de la LAMA.

L'article 16, premier alinéa, du projet de loi est rédigé comme il suit: «*Les caisses et fédérations de réassurances doivent offrir toute sécurité quant à l'exécution de leurs engagements; elles doivent fixer leurs cotisations de manière à permettre la constitution des réserves nécessaires.*» Il n'y aurait pas d'objection à formuler contre ce nouveau texte, si les explications fournies à ce propos dans le rapport des experts étaient indiscutables en ce qui concerne son interprétation. Or, la doctrine proposée quant à la constitution des réserves est imprécise.

Dans ces conditions, la tâche de l'Office fédéral des assurances sociales, chargé de l'application de cette loi, risque d'être très délicate.

Le rapport des experts contient un bref exposé des systèmes de répartition et de capitalisation appliqués à l'assurance contre la maladie, résumant leurs avantages et inconvénients respectifs. Les conclusions figurant à la page 62 sont les suivantes: «*Il résulte de ce qui précède que, dans une assurance-maladie sociale, on devrait adopter un régime financier mixte qui tienne compte des circonstances particulières à cette assurance. La solution la plus appropriée réside dans l'application, en principe, du régime de la répartition, avec un fonds de réserve. Grâce à cette méthode, les caisses-maladie peuvent offrir une garantie suffisante quant à leur sécurité financière; en effet, elles ne doivent pas seulement se préoccuper de la couverture des charges courantes de l'assurance, mais encore constituer les réserves nécessaires en vue des variations du montant des dépenses et de l'accroissement des charges qu'occasionnera le vieillissement des assurés. Il faut, cependant, avec ce régime financier, s'attendre à une certaine tendance à l'augmentation du taux des cotisations.*»

N'est-ce pas changer le sens des mots que de parler d'un régime de répartition si le fonds de réserve, dont il est fait mention, tient compte – comme il se doit – «*des charges qu'occasionnera le vieillissement des assurés*»? On pourrait peut-être ne pas attacher d'importance à cette confusion des termes si l'on était sûr que les règles imposées aux caisses pour le calcul de leurs réserves étaient impératives, précises et techniquement justifiées. Or ce n'est pas le cas. En effet, voici ce que dit le rapport des experts: «*Il serait souhaitable, pour fixer le montant du fonds de réserve, de se fonder sur des bilans techniques établis périodiquement. On constaterait alors qu'une réserve correspondant à la moyenne des dépenses annuelles, telle qu'elle est exigée aujourd'hui, représente un minimum. Si l'on voulait obliger les caisses à augmenter considérablement leurs réserves du jour au lendemain, nombre d'entre elles devraient renoncer à la reconnaissance, car leurs membres ne seraient aucunement en mesure de s'acquitter des cotisations supplémentaires nécessaires à cet effet. En revanche, il est indispensable que les caisses fassent preuve d'une prévoyance particulière en matière de fixation des cotisations.*»

Plutôt que de songer dès maintenant à renforcer la situation des caisses au moyen de la loi qui est destinée à régir l'assurance-maladie pendant 30 ou 40 ans, on préfère laisser le problème sans

solution précise. Le texte du rapport montre cependant que les experts sont conscients des conséquences qui découlent de l'absence des réserves nécessaires. Peut-être compte-t-on, le moment venu, rétablir la situation grâce à des subventions dépassant celles prévues par le projet de loi. Ces craintes sont formulées dans le postulat Hackhofer accepté par le Conseil fédéral le 23 mars 1955.

A quel niveau convient-il de fixer les réserves nécessaires des caisses-maladie? Le rapport des experts dit «*qu'une réserve correspondant à la moyenne des dépenses annuelles, telle qu'elle est exigée aujourd'hui, représente un minimum*». Ce qu'il ne dit pas, c'est que cette estimation est à la fois bien en dessous de la réalité pour la majorité des caisses et trop peu nuancée pour s'appliquer à la généralité des cas.

Il convient, tout d'abord, de laisser de côté les caisses publiques d'une manière générale et, particulièrement, celles qui prévoient une affiliation obligatoire de tout ou partie de la population d'une ville ou d'un canton. Il est évident que ces caisses ont pour elles la pérennité et un recrutement assuré. Si donc les primes demandées sont suffisantes, on peut envisager – à moins de circonstances particulières – l'application du système de la répartition.

La situation est totalement différente pour les caisses avec recrutement facultatif qui, comme toutes les entreprises privées, peuvent connaître des hauts et des bas, voire même la liquidation ou la fusion. Il s'agit des «caisses d'entreprises» et surtout des grandes «caisses centralisées» qui, à fin 1953, étaient au nombre de 8 et groupaient le 39 % de tous les assurés. Il conviendrait d'ailleurs d'ajouter que 20 «autres caisses», limitées territorialement, mais qui comptent plus de 10 000 membres comme, par exemple, la Caisse-maladie pour le canton de Berne, dont l'effectif dépasse 160 000 assurés, devraient techniquement être rangées dans la catégorie des caisses dites «centralisées». On verrait ainsi que 28 «grandes caisses» – ainsi qu'on pourrait les appeler – groupent à elles seules quelque 2 millions de membres et près de 60 % de l'ensemble des assurés des caisses-maladie. Le problème des réserves concerne tout spécialement ces quelques «grandes caisses».

Pour illustrer ce qui va suivre, il y a lieu de relever encore que, dans les «caisses d'entreprises», les réserves à fin 1953 étaient égales à 132 % des dépenses de l'année, tandis que dans les 8 grandes «caisses

centralisées», la proportion était seulement de 58%, soit beaucoup moins que le minimum de 100% mentionné dans le rapport des experts.

La mortalité n'a cessé de décroître en Suisse, tout au moins depuis un siècle, et l'on sait que l'espérance de vie d'un homme, par exemple, a passé de 49 à 67 ans de la table SM 1901/10 à la table SM 1949/52. «L'indice de vieillesse» figurant dans l'«Annuaire statistique de la Suisse», soit le nombre des personnes de plus de 60 ans par rapport à celles de moins de 20 ans, a varié de 19% en 1910 à 40% en 1950 pour les hommes et de 24% à 53% pour les femmes. L'augmentation de la longévité et le gonflement subséquent des classes d'âges élevés de la population a naturellement entraîné une augmentation sensible de l'âge moyen de la population: de 28 ans en 1910 pour les hommes, il a passé à 33 ans en 1950 et, pour les femmes, de 29 à 35 ans.

Ce phénomène de vieillissement, dû entre autres aux progrès de la médecine, ne semble cependant pas avoir modifié jusqu'ici d'autres éléments de la structure humaine. Comme par le passé, la vie de l'homme, du moins chez nous, n'excède que très rarement l'âge de 100 ans. De même la période de la vie pendant laquelle la femme est fertile ne paraît pas avoir varié parallèlement à l'accroissement moyen de la vie humaine. Qu'en est-il de la fréquence des maladies? Les statistiques à ce propos sont malheureusement très imprécises et l'on ne peut pas affirmer avec certitude que la morbidité d'un homme de 50 ans, par exemple, soit plus faible aujourd'hui qu'il y a 20 ou 30 ans. C'est possible et même probable dans une certaine mesure. On ne sait d'ailleurs guère mieux comment l'invalidité a varié en fonction de l'allongement général de la vie. Il faut dire que l'influence des facteurs économiques et la variation dans le temps des prestations assurées rendent très difficiles toutes les comparaisons dans le domaine de l'assurance-maladie et de l'assurance-invalidité. Ainsi, jusqu'à preuve du contraire, et en l'absence de tout chiffre précis, nous devons admettre par prudence que la morbidité n'a pas sensiblement évolué.

En revanche, on doit constater que, par suite du vieillissement général, les assurés âgés des caisses sont en proportion beaucoup plus nombreux qu'autrefois. Il en résulte nécessairement un accroissement des prestations payées par les caisses. Au surplus, la prolongation de la vie n'est obtenue fort souvent que grâce à des soins très coûteux (opérations, transfusions, remèdes chers, etc.) dont les caisses font les frais. Ainsi, la diminution de la mortalité entraîne pour les caisses

des charges supplémentaires considérables, même si l'on constate avec le temps une certaine amélioration de la morbidité.

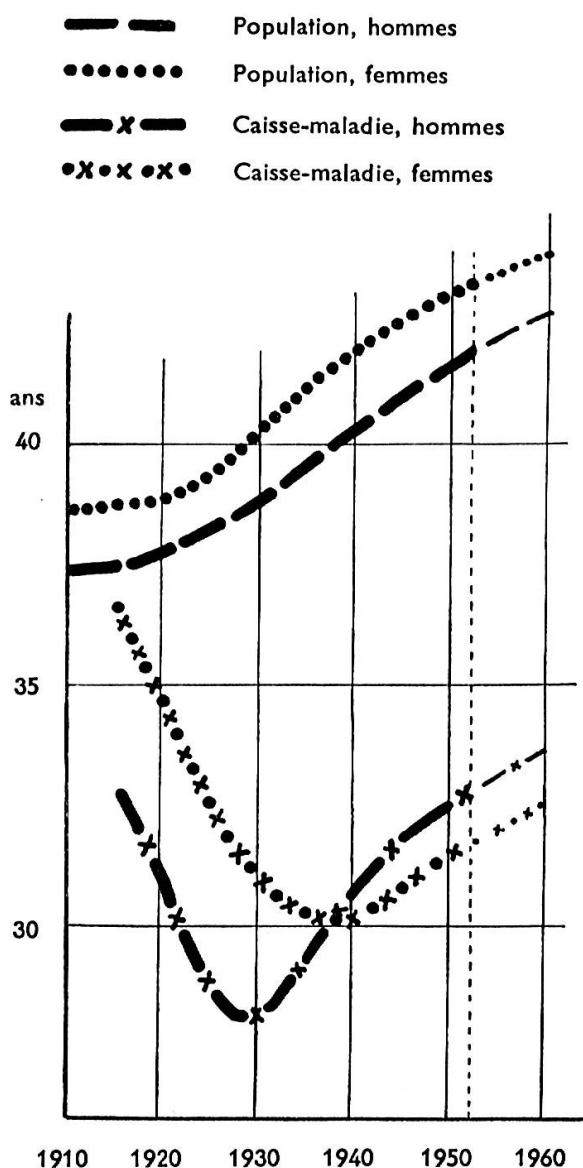
Ce vieillissement progressif de la population joue naturellement un rôle capital dans la constitution des réserves. Il y a lieu de préciser toutefois que, jusqu'ici, l'effet de la longévité ne s'est pas manifesté dans les caisses-maladie de la même façon que dans la population en général, car l'effectif des caisses s'est accru d'une manière considérable depuis 40 ans. De ce fait, l'âge moyen des membres de la généralité des caisses-maladie et des «grandes caisses» en particulier, n'a cessé de baisser de 1915 jusque vers 1930/1940. Depuis lors, le relèvement de l'âge moyen a été plus ou moins rapide selon le rythme des nouvelles entrées. Entre 1915 et 1920, l'accroissement des effectifs était compris entre 15 et 20 %; de 1920 à 1930, l'augmentation moyenne a été de 5,4 %, pour tomber à 2,4 % entre 1930 et 1940; elle a oscillé ensuite entre 3,5 et 4 %, tandis que l'accroissement annuel de la population de résidence a été voisin de 1 % de 1941 à 1950.

Aujourd'hui, plus de $\frac{2}{3}$ de la population de la Suisse est assurée auprès des caisses-maladie. Cette proportion est naturellement déjà beaucoup plus forte pour la génération montante. Il faut donc s'attendre à ce que le recrutement des nouveaux membres se ralentisse — ainsi d'ailleurs que l'admet le rapport des experts — et se stabilise à un niveau en rapport avec le nombre des naissances et les apports de l'immigration. Dès lors, il est probable, pour ne pas dire inévitable, si les constantes démographiques ne sont pas bouleversées, que l'on assistera à une élévation progressive de l'âge moyen dans les caisses, lequel tendra normalement à se rapprocher de celui de la population. Le graphique n° 2 illustre ce phénomène.

Ces considérations sur l'âge moyen des assurés et de la population sont très importantes, car on sait que le risque de morbidité, relativement stable de 25 à 40 ans environ, augmente ensuite fortement avec l'âge. L'équilibre financier des caisses n'est réalisable sans la constitution de réserves de vieillissement que si le recrutement est suffisant pour maintenir en permanence l'âge moyen du groupement à un niveau constant. Dans le cas contraire — précisément celui dans lequel on se trouve — il est nécessaire de faire usage de réserves de vieillissement.

En dehors des charges qui vont en s'aggravant du fait du vieillissement des caisses, il faut relever que les prestations versées sous forme de frais de guérison ont tendance à s'accroître avec les années. De

N° 2. Age moyen de la population et d'une grande caisse-maladie
(sans les enfants de moins de 15 ans)



fr. 21 environ par homme assuré et de fr. 30 par femme assurée, en 1936, ces frais sont, en effet, montés à fr. 58, respectivement à fr. 82, en 1953. L'indice des frais de guérison a donc passé de 100 % à 275 % environ. Cela est dû, pour une part, à l'augmentation générale du coût de la vie et, pour une part plus forte encore, au renchérissement exclusif des soins médicaux: traitements et remèdes plus coûteux, frais d'hospitalisation accrus, etc.; ce renchérissement semble se pour-

suivre, bien que l'indice du coût de la vie se soit à peu près stabilisé depuis quelques années. Etant donné ces circonstances, je me bornerai à concentrer mon attention sur les assurances d'indemnité journalière.

Par ailleurs, on sait quelle est l'influence des sorties anormales. En général, plus elles sont fortes, plus les réserves nécessaires peuvent être réduites. J'ai admis un taux moyen en sachant pourtant qu'avec la prépondérance croissante des «caisses centralisées», les sorties pour cause de changement de domicile sont en diminution, sans compter que le taux des sorties anormales doit aussi baisser avec le vieillissement progressif des portefeuilles.

Voici, exprimée en pourcents des dépenses annuelles, la réserve de vieillissement nécessaire à une assurance d'indemnité journalière et la réserve moyenne effective constituée par l'ensemble des «caisses centralisées».

Montant de la réserve en % des dépenses de l'année

	Réserve techniquement nécessaire			Réserve moyenne effective de l'ensemble des «caisses centralisées»
	Hommes	Femmes	Total	
	%	%	%	%
1930	138	43	84	—
1940	245	42	122	66 (1943)
1950	314	77	169	53
1960	347	97	194	58 (1953)

Les calculs reposent sur les formules et bases techniques mentionnées dans l'ouvrage de M. André Petitpierre¹⁾, à savoir:

- table de mortalité SM 1921/30 à 3 %,
- taux de morbidité $k_{x, \text{resp. } y}^{360}$ de la table Walther²⁾,
- table des sorties anormales des assurés de la Caisse-maladie pour le canton de Berne 1941–1942²⁾.

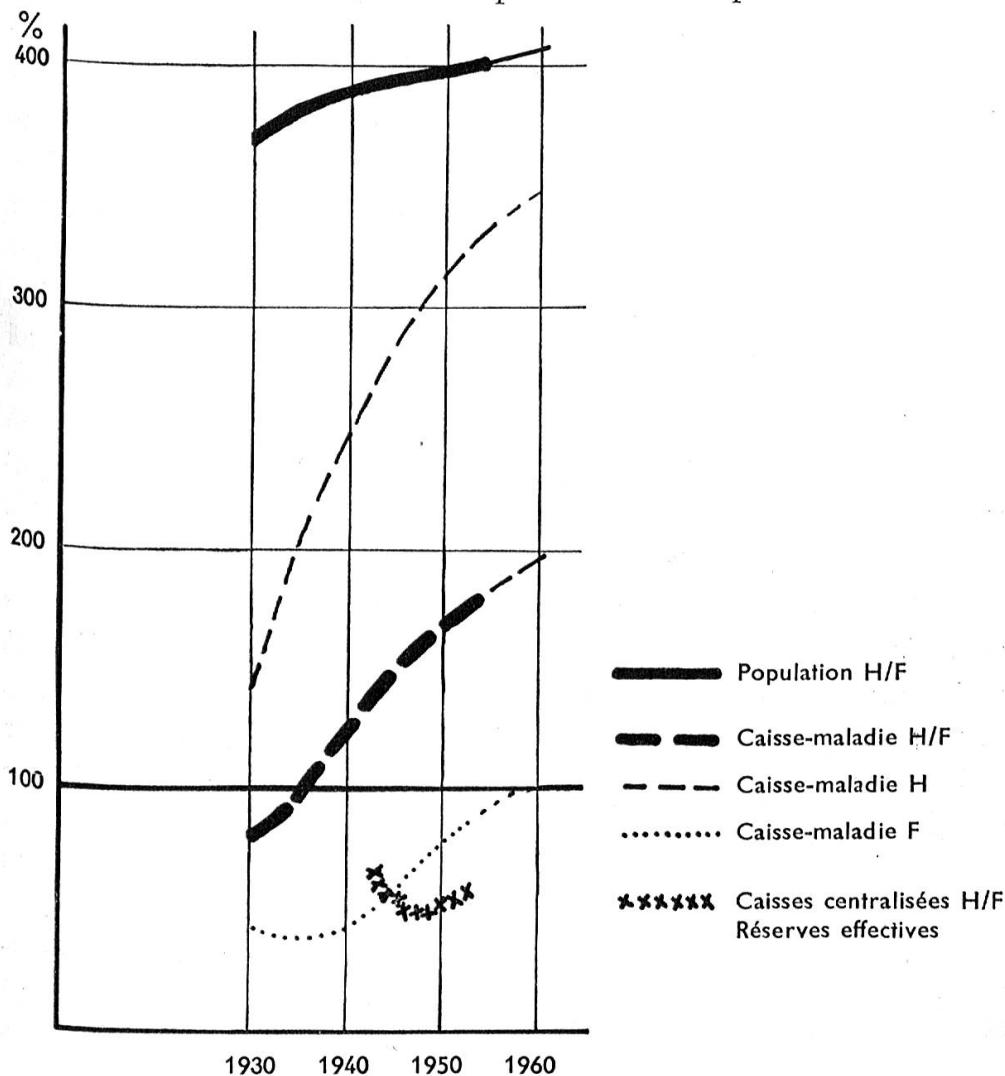
Les effectifs considérés sont ceux d'une «grande caisse» croissant comme sur le graphique n° 1 avec les âges moyens indiqués sur le graphique n° 2. Les enfants, qui ne sont généralement pas assurés

¹⁾ André Petitpierre: «Les réserves mathématiques dans l'assurance en cas de maladie», Lausanne 1954.

²⁾ Fritz Walther: «Neue Morbiditätstafeln für die Krankengeldversicherung», Edition Büchler & Co., Berne 1945.

pour des indemnités journalières, n'ont pas été pris en considération. Pour les effectifs de l'année 1960, je me suis rallié aux hypothèses du rapport des experts.

N° 3. Montant des réserves en pourcents des dépenses d'une année



On constate, tout d'abord, que les réserves des femmes sont sensiblement plus faibles que celles des hommes. Cela vient de la décroissance entre 29 et 45 ans du risque de morbidité féminine qui comprend les accouchements. Selon les dispositions de la LAMA, les primes des femmes ne peuvent pas dépasser celles des hommes de plus de 25 %. Pour équilibrer leurs comptes, les caisses augmentent généralement les primes des hommes. En faisant les calculs dans ce sens, on verrait que les réserves nécessaires à un groupement mixte seraient

les mêmes que sur le graphique n° 3, du moins dans les grandes lignes, mais les niveaux des réserves des hommes, respectivement des femmes, seraient plus rapprochés l'un de l'autre.

De toutes façons, les réserves techniques ne sont pas du même ordre de grandeur pour les hommes et pour les femmes. Elles varient considérablement d'un groupement assuré à l'autre. Une caisse ouverte seulement aux femmes, comme il en existe encore 11, pourrait, suivant l'âge moyen des membres, être techniquement équilibrée avec peu de réserves mathématiques, tandis que plusieurs des 80 caisses exclusivement masculines pourraient, elles, avoir besoin de réserves dépassant le 300 % des dépenses annuelles. C'est la raison pour laquelle il est dommage que le rapport des experts, malgré une restriction précise, donne l'impression de vouloir encore s'en tenir au principe selon lequel les réserves des caisses doivent être égales au montant de leurs dépenses annuelles. Cette règle, ainsi que je crois l'avoir démontré, est trop simplifiée, même pour une assurance sociale, et est devenue aujourd'hui nettement insuffisante pour la généralité des caisses dont le recrutement n'est pas obligatoire.

Si l'on utilise le montant des dépenses annuelles comme base de comparaison, il faudrait aussi considérer les différences qui existent dans le montant des frais de gestion selon la catégorie des caisses. Les «caisses publiques» et surtout les «caisses d'entreprises», où l'employeur prend à sa charge une bonne partie du travail administratif, ont des frais généraux très modiques comparés à l'ensemble des dépenses: 8 % dans les «caisses publiques», 4,5 % seulement dans les «caisses d'entreprises», tandis qu'on a 12 % dans les «caisses centralisées».

On constate en second lieu que le montant des réserves nécessaires a doublé de 1930 à 1950 du fait du vieillissement, en passant de 84 % à 169 % des dépenses annuelles. Il faut s'attendre à ce que cette évolution se poursuive et que les réserves à constituer atteignent environ 200 % des dépenses annuelles en 1960.

En partant d'un effectif assuré comparable à celui de la population – enfants non compris – on trouverait des réserves nécessaires variant de 367 % en 1930 à 398 % en 1950 et devant normalement passer à 406 % en 1960. C'est dire qu'avec le temps les réserves techniques nécessaires aux «grandes caisses» mixtes tendront vers le 300 % des dépenses annuelles, peut-être même davantage.

Enfin, on voit que les réserves effectivement constituées par les

«caisses centralisées» étaient de 66 % en 1943 et de 58 % en 1953, soit la moitié, puis le tiers seulement de ce qui aurait été technique-ment nécessaire. Les renseignements publiés ne nous permettent pas de faire des comparaisons plus nuancées. On peut cependant admettre que, si aucune mesure n'est prise, la situation ne peut manquer de s'aggraver. Je préciserai d'ailleurs que ces réserves effectives se rap-portent à l'ensemble des affaires des «caisses centralisées», y compris l'assurance des frais de guérison, dont il serait normal que les réserves soient mieux dotées encore que celles des assurances d'indemnités journalières, que nous avons seules prises en considération. Elles com-prennent également les assurances en cas de décès dont on sait que les réserves mathématiques sont beaucoup plus élevées que dans la branche maladie proprement dite. En revanche, les enfants, qui repré-sentent 25 % de l'effectif, ont des réserves très petites et même sou-vent négatives selon la composition des portefeuilles. Les caisses garan-tissent aussi des prestations spéciales, par exemple, les supplé-ments en cas de tuberculose, ne nécessitant la constitution d'aucune réserve de vieillissement. Cependant, tout compte fait — comme le souligne le passage du rapport des experts cité plus haut — les caisses-maladie, dans leur ensemble, et particulièremen-t les «caisses cen-tralisées» sont loin de disposer des réserves que feraient apparaître l'établissement de bilans techniques semblables à ceux que l'on exige des sociétés privées.

La question capitale qui se pose maintenant est de savoir si les caisses-maladie ont besoin réellement de réserves techniques calculées avec la méthode de capitalisation individuelle. La réponse du rapport des experts est, comme on l'a vu, ambiguë. Sur le plan théorique, il ne fait pas de doute qu'une caisse du type «centralisé», par exemple, vu son statut juridique, économique et technique, a besoin de réserves calculées selon les principes actuariels habituels pour être en mesure de remplir toujours ses obligations. Il y a cependant deux réserves importantes à faire à ce propos. D'une part, les subventions et l'appui moral des autorités dont bénéficient les caisses-maladie reconnues en raison des services sociaux inappréciabes qu'elles rendent à la collectivité, leur donnent une garantie relative, mais assez sérieuse tout de même, de pérennité. C'est donc dire qu'elles peuvent, sans incon-vénients majeurs, prendre leur temps pour réaliser les mesures de redressement qui s'imposent. En second lieu, les caisses-maladie ont

encore la faculté, d'après la législation à laquelle elles sont soumises — à l'inverse de ce qui existe pour les sociétés privées d'assurances — de modifier leurs statuts et de décréter une hausse générale des tarifs applicable immédiatement à tous les assurés. Ainsi, le déficit qui existe aujourd'hui dans les réserves pourrait théoriquement être comblé du jour au lendemain.

Toutefois, il y a encore un autre aspect du problème qui est d'ordre pratique. L'augmentation moyenne des primes pour assurer la constitution des réserves nécessaires devrait être de l'ordre de 15 % pour l'assurance d'indemnité journalière. Il faudrait encore davantage dans certains cas où les cotisations sont probablement insuffisantes pour assurer l'équilibre de la caisse même avec un système de répartition, ainsi que dans l'assurance des frais de guérison. Pour ces assurances, les bases de calcul ne devraient pas seulement tenir compte du vieillissement, mais aussi du renchérissement croissant des frais de guérison, ce qui, naturellement, pose des problèmes complexes, dont certains dépassent le cadre purement technique de la présente étude. On doit aussi prendre en considération le fait que dans la plupart des caisses-maladie le service actuariel est rudimentaire et qu'il serait difficile, pour le moment, d'obtenir un calcul des réserves techniques nécessaires à la fin de chaque exercice.

Dès lors, on comprend mieux pourquoi la commission des experts ne s'est pas ralliée expressément à la méthode de capitalisation, mais a préconisé une méthode mixte. C'est probablement, en effet, la seule solution qui tienne compte de l'ensemble des données du problème. Cependant, il serait hautement souhaitable qu'un complément d'étude technique soit fait à ce propos et qu'on fixe clairement la doctrine applicable à l'avenir dans le domaine des réserves et des primes. Il serait bon que la loi elle-même contienne les principes généraux qui permettront aux caisses des différentes catégories de renforcer peu à peu leur situation financière. Cette solution aurait le grand avantage de faciliter la tâche de l'Office fédéral des assurances sociales qui, chargé de l'application de la loi, se trouve en contact direct avec les caisses, fort bien organisées et défendues comme on le sait et dont certaines — cela est humain — préféreraient apparemment recourir en cas de besoin à des subventions supplémentaires de la Confédération, plutôt que de procéder à des réformes que, pensent-elles, les actuaires sont seuls à juger nécessaires.