

**Zeitschrift:** Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse  
**Herausgeber:** Union syndicale suisse  
**Band:** 64 (1972)  
**Heft:** 8-9

**Artikel:** Nouveau régime de l'assurance-maladie : mémoire de l'Union syndicale suisse  
**Autor:** [s.n.]  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-385667>

### **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:** 10.02.2026

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

# Nouveau régime de l'assurance-maladie

## Mémoire de l'Union syndicale suisse

Monsieur H. P. Tschudi  
Conseiller fédéral  
Chef du Département fédéral de l'intérieur  
3003 Berne

Monsieur le Conseiller fédéral,

Vous avez bien voulu, le 18 avril 1972, nous inviter à nous prononcer sur le «Rapport de la Commission fédérale d'experts chargée d'examiner un *nouveau régime d'assurance-maladie*». Nous vous en remercions.

En notre qualité de promoteur de l'initiative populaire pour une «meilleure assurance-maladie» déposée le 31 mars 1970, nous prenons note avec intérêt du fait que vous envisagez de lui opposer, sous forme de loi, un contre-projet. Cela implique que nous serons consultés ultérieurement sur ce projet de loi. Nous pouvons donc renoncer à aborder aujourd'hui divers points du Rapport, qui traitent des questions de détail. Nous nous limiterons à l'examen de certains des aspects fondamentaux des propositions du rapport (dit «modèle de Flims»). Nous nous emploierons à éclairer les concordances et les divergences entre ce document et notre initiative et les points sur lesquels des divergences pourraient être atténuées.

### 1. Cercle des personnes assurées

Notre initiative préconise l'assujettissement obligatoire de chacun, sur le plan fédéral, à une assurance englobant tous les soins, y compris les soins dentaires. Le Concordat des caisses suisses de maladie formule la même exigence, à cette différence cependant que les soins dentaires ne seraient pas entièrement couverts. En revanche, le Rapport de la Commission fédérale d'experts limite l'obligation sur le plan fédéral à l'assurance-hôpital. *Nous nous opposons catégoriquement à cette solution partielle.* Elle aboutirait, de manière tout à fait indésirable, à scinder l'assurance-maladie en deux parties et à aggraver l'incoordination de l'assurance sociale. En outre – et c'est essentiel – elle n'écarterait pas les insuffisances du régime facultatif d'aujourd'hui, mais elle en rendrait probablement plus lourdes encore les conséquences. Il ressort du rapport de la commission d'experts qu'en 1970, la population de résidence était assurée dans une proportion de 89% pour les soins médicaux et pharmaceutiques. On ajoute avec raison que ce taux élevé ne donne aucune indication sur l'éventail des prestations assurées et, partant,

sur les lacunes qualitatives et quantitatives de l'assurance. On suppose cependant – faussement – que la proportion de 11% qui n'est pas assurée est composée pour l'essentiel de personnes dans des conditions très aisées, qui n'auraient pas besoin de cette protection. Les expériences et les statistiques – dans la mesure où l'on en dispose – démontrent le contraire. Une enquête du canton de Neuchâtel (1967) révèle que la densité d'assurance était de 25% seulement pour les personnes de plus de 65 ans, alors que la densité moyenne était de 78% environ. On constate que, partout où le canton ou la commune n'a pas institué une forme ou l'autre d'assujettissement obligatoire, ce sont avant tout les économiquement faibles qui renoncent à s'assurer, pour échapper à la charge pesante des cotisations. Si donc seule une partie du secteur des soins – le traitement hospitalier – était soumise à l'assurance obligatoire, cette tendance à éluder l'assurance se renforcerait dans ces milieux pour les soins dont l'assurance resterait facultative. Et pourquoi? parce que l'assurance-hôpital obligatoire leur donnerait l'illusion d'être suffisamment protégés. De surcroît, il n'est pas exclu qu'une assurance fédérale obligatoire limitée aux soins hospitaliers engage certains cantons à assouplir encore leur régime d'assujettissement obligatoire à l'assurance-maladie – régime déjà insuffisant puisqu'il n'englobe que 25% de la population de résidence.

Cette situation et la pénurie de lits et de personnel qu'affrontent les hôpitaux posent une autre question: si seule l'assurance pour frais d'hospitalisation est obligatoire, cet état de choses ne provoquerait-il pas une augmentation des demandes d'admission à l'hôpital? En effet, les soins qu'il dispense – l'assurance étant obligatoire – seront gratuits tandis que les soins à domicile seront entièrement à la charge du patient s'il n'est pas assuré et partiellement s'il l'est (participation aux frais). Le rapport tend à prévenir ce risque en imposant aux caisses et aux hôpitaux l'obligation de contrôler, à l'admission et ultérieurement, la nécessité de soins hospitaliers. Le cas échéant, il pourrait appartenir à une commission hospitalière de trancher sur l'admission, ou sur le renvoi d'un patient hospitalisé. Un tel système est-il applicable à une personne malade, compatible avec nos notions d'humanité et de dignité? Nous répondons: non!

Une autre réalité condamne plus fortement encore le maintien d'un système facultatif et partiel d'assurance: le fait qu'une assurance maladie facultative ne peut renoncer à faire des réserves en matière d'admission, et notamment à fixer des limites d'âge. Si ce système était maintenu, la protection insuffisante des personnes âgées dont la morbidité et la longévité augmentent, deviendrait un problème permanent. En outre, nombre de personnes, en raison du mal dont elles souffrent, ne seraient temporairement pas assurables.

L'Union syndicale et le Parti socialiste *insistent donc pour que l'assurance-maladie – étendue à tous les soins – soit obligatoire pour chacun,*

au même titre que l'AVS et l'AI – dont les bienfaits sont incontestablement liés à l'obligation généralisée.

## 2. Amélioration des prestations

Nous constatons avec satisfaction qu'en matière d'amélioration des prestations, le rapport coïncide sur de nombreux points avec notre initiative.

Le rapport préconise l'assujettissement obligatoire des salariés à *l'assurance pour indemnités journalières*, dont les prestations seraient les mêmes que celles de la CNA. Certaines professions indépendantes pourraient être assujetties obligatoirement à cette assurance, sur le plan fédéral ou régional. Nous en prenons note, mais tenons pour indispensable un assujettissement obligatoire des membres des professions libérales. Le rapport estime qu'il n'est pas possible d'assujettir à cette assurance les personnes occupées à temps partiel ou temporairement chez le même employeur selon un horaire inférieur à la durée normale du travail. Cette mesure aurait de toute évidence des conséquences injustes parce qu'elle exclurait du bénéfice d'indemnités d'innombrables travailleurs qui ne peuvent être privés de ressources en cas de maladie.

L'initiative prévoit une assurance obligatoire et générale pour perte de gain, mais dans laquelle seraient intégrées les personnes qui n'exercent pas une activité lucrative, qui devraient bénéficier à tout le moins de prestations minimales, du même montant que les indemnités journalières AI. De cette manière, *les accouchées* qui n'exercent pas une activité économique toucheraient des indemnités journalières. Le fait qu'une naissance entraîne toutes sortes de dépenses supplémentaires justifie cette solution. Si l'on ne pouvait tenir compte de cette proposition, il faudrait, à tout le moins, prévoir de nouveau le versement d'indemnités forfaitaires en cas de maternité. Cette indemnité devrait être également versée à la femme qui travaille, en sus des indemnités journalières de l'assurance-maladie. En effet, chacune de ces deux catégories d'indemnités vise à un but différent. Il convient en outre, dans le cadre de l'assurance-maternité, d'examiner l'éventualité d'une prolongation du versement des indemnités quand l'état du nourrisson, ou ultérieurement du petit enfant, exige des soins. Nombre de mères qui travaillent confient leur(s) enfant(s) à des crèches, à des garderies. Mais les enfants qui tombent malades ne peuvent généralement pas être soignés dans ces établissements. La mère, si les soins ne nécessitent pas une hospitalisation, doit donc suspendre son travail; la mère célibataire en particulier est acculée à une situation précaire, ou désespérée. *Ces cas doivent impliquer le versement d'indemnités journalières.*

Nous jugeons insuffisant le versement d'indemnités pendant douze semaines seulement en cas de maternité (dont six au moins pendant



la période qui suit l'accouchement). L'article 35, second alinéa de la nouvelle loi fédérale sur le travail interdit pendant huit semaines le travail des femmes enceintes (délai qu'un certificat médical peut réduire à six semaines). Il peut résulter de la diversité de ces délais des périodes – pouvant atteindre deux semaines au maximum – pendant lesquelles la femme ne serait pas au bénéfice de prestations. *Nous demandons donc qu'en cas de maternité, les indemnités journalières soient versées pendant quatorze semaines.*

Le rapport fait également sienne notre conception de *l'assurance pour maladies coûteuses ou de longue durée*, mais elle la limite au secteur de l'hospitalisation et met les cinq premiers forfaits journaliers à la charge du malade. Il élargit ainsi les graves lacunes que nous avons dénoncées plus haut en liaison avec le cercle des personnes assurées. Le rapport ne tient pas compte de l'expérience, qui démontre, en effet, qu'en nombre croissant les patients atteints de maladies coûteuses ou de longue durée peuvent être soignées à domicile ou ambulatoirement, ce qui est de nature à permettre de décharger les hôpitaux, qui manquent de personnel et de lits. Une conception nouvelle de l'assurance doit stimuler ces traitements sans hospitalisation. La notion de maladie coûteuse et de longue durée doit être encore étudiée et précisée compte tenu de l'expérience que nous venons de mentionner.

Le modèle de Flims est insuffisant en ce qui concerne *l'assurance pour traitements ambulatoires*, avant tout parce qu'il vise à maintenir le régime facultatif et, partant, réserves et limites d'âge. Seules bénéficieraient des prestations de cette branche de l'assurance les personnes qui se seraient assurées facultativement. On peut même qualifier cette conception de paradoxale quand on pense à la nécessité de *généraliser les mesures prophylactiques* pour conserver l'état de santé, dépister à temps les maladies – ce qui constitue un moyen efficace d'alléger les charges de l'assurance et de l'assistance sociale. Il est proprement incompréhensible qu'on laisse au hasard, au plus ou moins de sagesse et de prévision de l'individu – selon qu'il s'assure ou ne s'assure pas – la mise au bénéfice de mesures prophylactiques.

Le rapport n'assure que partiellement *les soins dentaires*. Il exclut de l'assurance les soins les plus coûteux: les traitements conservatoires, pour lesquels il préconise une seconde assurance, mais facultative. Nous jugeons cette lacune inacceptable; en effet, dans ce domaine tout particulièrement, nombre de personnes diffèrent un traitement conservatoire en temps opportun dans la crainte des frais qu'il entraîne; ce comportement accélère la dégradation des dents et rend plus coûteux les traitements qui deviennent indispensables ultérieurement.

Relevons encore qu'au chapitre des prestations, le modèle de Flims ouvre effectivement les voies à suivre pour faire bénéficier la popula-

tion d'une protection efficace, notamment parce que le rapport analyse très justement et de manière complète les défauts et lacunes du système actuel. Malheureusement, la commission d'experts n'a pas osé tirer de ces constatations toutes les conclusions qu'elles appellent, c'est-à-dire proposer toutes les améliorations qui devraient logiquement en découler.

### 3. Financement

A l'encontre de ce qui précède, le rapport est absolument insuffisant en matière de financement. Il n'est pas exagéré de dire qu'il vise à maintenir le système actuel de l'échelonnement des cotisations individuelles selon le principe de l'équivalence. Pour l'assurance-hôpital seulement sont préconisées des cotisations fixées en pourcentage du revenu. Ainsi donc, le mode de financement reste socialement injuste, en particulier pour la famille. La même remarque vaut pour les écarts qui sont maintenus entre les cotisations des hommes et des femmes. Le fait qu'on tente, par certaines subventions appropriées, d'alléger ces charges dans des cas particuliers ne change rien à cette constatation. Au contraire. Cette conception, dont le résultat est une «assurance de classe», stabilise la discrimination des «économiquement faibles», les humilie parce qu'ils sont en quelque sorte contraints de présenter comme un «certificat d'indigence» de l'autorité fiscale pour obtenir une réduction des cotisations. Cette attestation doit être également présentée lors de l'entrée à l'hôpital s'ils veulent être exonérés de la participation aux frais de nourriture. La production de ce certificat est également requise pour bénéficier d'un allègement des retenues, etc. L'Union syndicale et le Parti socialiste sont rigoureusement opposés à un système aussi humiliant. Ils le combattront énergiquement. Il nous paraît donc inutile de nous étendre sur ses modes de calcul, qui reposent sur le critère, également inacceptable, du revenu imposable.

En outre, les caisses resteront dans l'impossibilité de faire face à l'explosion des coûts des soins médicaux et pharmaceutiques et contraintes d'augmenter sans cesse les cotisations, de sorte que leur poids deviendra excessif non seulement pour les assurés des catégories inférieures de revenu, mais aussi pour ceux des catégories moyennes.

Nous maintenons l'exigence que nous avons formulée: En Suisse également, l'assurance-maladie doit être financée selon le système qui a fait ses preuves dans les pays voisins. *Les cotisations doivent être fixées en pourcentage du revenu*; les employeurs doivent en prendre une partie en charge. Même la commission d'experts, bien qu'elle se soit prononcée en majorité pour un autre système, relève dans son rapport (p. 239): «L'initiative diffère des propositions de la Commission d'experts surtout quant au financement. Etant donné que les

cotisations en pour-cent du revenu d'une activité lucrative, selon le système de l'AVS, sont prévues de manière générale, une forte solidarité se manifeste en faveur des personnes à ressources modestes, mais aussi en faveur des femmes et des enfants.» On conviendra que telle est la vocation d'une assurance sociale dans la véritable acception du terme. Relevons que le système, fondé sur la solidarité, que nous préconisons, serait plus propre à faire face à l'explosion des coûts, notamment parce que les cotisations augmenteraient automatiquement, dans la même mesure que les revenus.

Le rapport commentant largement la participation des assurés aux frais, nous l'aborderons brièvement ici. Notre initiative n'exclut pas absolument le principe d'une participation. Nous pensons cependant qu'elle doit être conçue de manière à répondre à sa fonction spécifique, qui est d'engager les assurés à ne pas recourir à l'assurance pour des bagatelles, c'est-à-dire en abuser. La franchise permet d'atteindre cet objectif; elle ne doit cependant pas être fixée à un niveau de nature à retenir le patient de consulter à temps le médecin. Aucune franchise ne doit être exigée pour les enfants. Nous nous opposons à toute participation fixée en pour-cent de la facture du médecin parce que nous n'admettons pas l'argumentation selon laquelle ce système aurait pour effet de rendre l'assuré plus conscient des charges de l'assurance et qu'il exercerait, partant, une influence sur l'évolution des coûts. Seul le médecin exerce une influence sur cette évolution.

#### **4. Relations entre caisses et médecins, tarifs médicaux**

Le rapport propose le maintien des relations actuelles (libre choix du médecin, liberté de traitement, fixation du tarif par voie conventionnelle). Cependant, les tarifs seront conclus non plus sur le plan cantonal, mais sur le plan fédéral, en se fondant sur les réglementations en vigueur de la CNA, de l'assurance militaire et de l'AI.

Notre initiative ne modifierait pas, elle non plus, de manière fondamentale, le système des relations actuelles. Nous insistons cependant pour que soit mise sur pied une convention tarifaire qui unifie les taux sur le plan fédéral et soit conçue de manière à assurer pleine protection, en matière de tarif, aux assurés de toutes les catégories de revenus. Ce tarif devra être établi de façon que tout médecin soit rémunéré de manière appropriée. Le secteur médical est le seul où les prix des services varient selon le revenu des «consommateurs». Rien ne justifie cette anomalie. Cependant, si l'on devait voir dans ce système un mode de péréquation sociale, une participation à la couverture des frais calculée en pour-cent du revenu serait plus équitable et plus simple. Nous exigeons aussi que les honoraires du médecin soient dus par la caisse et non par le patient.



Pour ce qui est de la protection tarifaire en période d'interrègne conventionnel, nous tenons pour absolument insuffisantes les propositions de la commission. La pleine garantie tarifaire ne serait accordée qu'aux deux tiers des assurés, ce qui correspond (à fin 1972) à une limite de revenu d'à peine 22 000 fr. Etant donné les dépenses qu'une maladie peut entraîner, nous exigeons que 80% au moins de la population bénéficie de la pleine garantie tarifaire (ce qui correspondrait à une limite de revenu de 40 000 fr. environ).

## 5. Résumé

Les exigences que nous formulons en matière d'assurance-maladie peuvent être résumées comme suit:

- a) Comme l'AVS/AI, l'assurance maladie doit être obligatoire pour chacun, dans l'ensemble du pays.
- b) L'amélioration des prestations doit être conçue de manière à ne pas ouvrir de nouvelles lacunes, conserver ou créer de graves insuffisances.
- c) Le financement doit être assuré par des cotisations fixées en pour-cent du revenu et complétées par des subsides de la Confédération et des cantons.

Les analyses du rapport confirment, comme nous l'avons déjà relevé que seule la réalisation de ces exigences peut mettre entièrement fin aux insuffisances du régime actuel. La commission préconise néanmoins un modèle qui ne peut améliorer que partiellement la situation. *A nos yeux, ce modèle ne saurait donc être considéré comme une solution de remplacement valable parce qu'elle ne répond pas aux exigences d'une assurance-maladie sociale.* Telles sont, Monsieur le Conseiller fédéral, les remarques et critiques qu'appelle le Rapport de la Commission d'experts. Nous savons que vous les examinerez avec l'attention qu'elles requièrent. Nous vous en remercions d'avance.